

C.W. KORRELBOOM

# PANIEKMANAGEMENT EN EXPOSURE IN VIVO

BIJ PANIEKSTOORNIS MET AGORAFOBIE





# PANIEKMANAGEMENT EN EXPOSURE IN VIVO BIJ PANIEKSTOORNIS MET AGORAFOBIE

Een wetenschappelijke proeve op het gebied  
van de Sociale Wetenschappen.

## Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de Katholieke Universiteit  
Nijmegen, volgens besluit van het College van Decanen in het openbaar  
te verdedigen op dinsdag 26 september 1995, des namiddags te 1.30 uur  
precies door

*Cornelis Willem Korrelboom*  
geboren 3 november 1951 te Amsterdam

**Promotor:**

Prof dr. C.A.L. Hoogduin

**Co-promotor:**

Dr. H.J. Duivenvoorden (EUR)

**Omslagontwerp:**

René Demets

ISBN 90-9008488-6

**CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG**

Korrelboom, Cornelis Willem

Paniekmanagement en exposure in vivo bij paniekstoornis met  
agorafobie / Cornelis Willem Korrelboom – [S.I.: s.n.]. – III.

Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen. – Met lit. opg., reg. –  
Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-9008488-6

NUGI 713

Trefw.: pleinvrees / gedragstherapie

II







# VOORWOORD

Sommige ondernemingen lopen gemakkelijk uit de hand. Je bent eraan begonnen maar weet niet meer hoe en wanneer het moet eindigen.

Dissertaties, of liever pogingen daartoe, lopen wel heel gemakkelijk uit de hand. Vooral wanneer zij worden geschreven in de vrije tijd, waarbij de beschermende en stimulerende omgeving van Universiteit of Hoge School moet worden ontbeerd.

Deze dissertatie is in de vrije tijd geschreven. Er zijn momenten geweest, waarop de onderneming uit de hand had kunnen lopen. Het is niet gebeurd. Zij is af.

Dat dat zo is, is zeker niet alleen aan mijzelf te danken. Velen hebben, ieder op eigen wijze, een bijdrage geleverd aan de voltooiing van dit proefschrift.

Ik denk aan mijn ouders, familie en vrienden. Ik dank hen voor hun aanmoedigingen en interesse tijdens het schrijven en voor de daadwerkelijke hulp die zij daarbij soms gaven.

Ik dank de intakers, Else de Haan en Toon Rombouts. Telkens weer moesten zij de ADIS-R afnemen en scoren. Ook wanneer zij allang hadden gezien dat de patiënt leed aan agorafobie.

Ik dank de testafnemers, Walter Arts, Rudie Severijns, Manja Schmohl, Ingrid Betten en Helma Mooren. Zij waren bereid om patiënten die zojuist waren gearriveerd met de tram, op hun knieën te smeken om opnieuw een ritje met de tram te maken, nu vanwege de gedrags-test.

Ik dank de therapeuten, Wilma van Maldegem, Bart Pannebakker, Janneke Blom, Mariëlle Bresser, Marina Akkermans en Mireille Bertolotti. Uit liefde voor de wetenschap gordden zij zich, week in week uit, in het keurslijf van het behandelprotocol.

Ik dank de velen die hier niet kunnen worden genoemd. Daarvoor zijn zij te talrijk en soms heb ik hun namen nooit gekend. Toch hebben ook zij meegeholpen, zonder dat wellicht zelf altijd te beseffen. Het zijn de medewerkers op de secretariaten, de leden van intakestaven, de artsen in de ziekenhuizen en hun assistenten, hun administraties en hun telefonistes. Hen allen wil ik hier bedanken.

Niet in het minst wil ik de patiënten bedanken. Heldhaftig doorstonden zij het medisch onderzoek en de gedragstest. Zich verbijtend vulden zij de testen in. Opgesloten werden zij soms in een 'telefooncel', teneinde hun longfuncties wetenschappelijk verantwoord te kunnen onderzoeken. Ik dank en respecteer hen.

Twee mensen wil ik speciaal bedanken. Allereerst Bobby Kernkamp. Zonder hem zou dit proefschrift er nooit zijn gekomen. Het begon als een aardigheidje om, werkend bij verschillende werkgevers, toch te kunnen samenwerken. Bobby, al zo dikwijls gewend om 'groter' te denken dan ik, maakte het tot een wetenschappelijk onderzoek waarop wij gezamenlijk zouden promoveren. Om het project niet uit de hand te laten lopen moesten we besluiten, veel later en in vriendschappelijk overleg, dat het werk gescheiden zou worden voltooid. Het is voor beiden, denk ik, een verstandig besluit geweest. Het project is pas echt afgelopen, wanneer ook zijn dissertatie klaar is.

Dan is er mijn Rooie. Onmisbare hulp bij het temmen van mijn PC. Onmisbare steun door aan te moedigen waar dat nodig en te zwijgen waar dat verstandig was. Gezegend met een onganse behoefte aan slaap. Terwijl zij sliep kon ik, zonder al te veel gevoelens van schuld, 's ochtends plaatsnemen achter mijn bureau. In de weekends en op vrije dagen. Onmisbaar vooral als levenspartner en vriendin. Zonder haar zou het zeker uit de hand zijn gelopen. Ik dank haar. Ons leven zal voortaan een beetje anders zijn.

Enkele personen wilden niet in het openbaar worden bedankt.  
Hen dank ik in stilte.

*Kees Korrelboom*

Den Haag, mei 1995

# INHOUD

## **Hoofdstuk 1. Introductie**

1.1	Inleiding	1
1.2	Doel van het onderzoek	2
1.3	Afbakening van het onderzoek	4
1.4	Setting waarbinnen het onderzoek werd uitgevoerd	5
1.5	Globale vraagstelling	5
1.6	Indeling van het proefschrift	5

## **Hoofdstuk 2. Kenmerken van paniekstoornis met agorafobie. Een verkenning van de literatuur**

2.1	Inleiding	7
2.2	Diagnostiek	9
2.3	Differentiële diagnostiek	12
2.4	Prevalentie	14
2.5	Etiologie en risicofactoren	15
2.5.1	Sexe	15
2.5.2	Leeftijd	16
2.6	Beloop	17
2.7	Comorbiditeit	18
2.7.1	Depressie	18
2.7.2	Problemen in de partnerrelatie	19
2.7.3	Sociale angst	20
2.8	Enkele modellen voor het ontstaan en voortbestaan van paniekstoornis met agorafobie	21
2.8.1	Het (reflexmatige) conditioneringsmodel	22
2.8.2	Het cognitieve model	24
2.8.3	Het hyperventilatiemodel	25
2.8.4	Vergelijking van de modellen	27
2.9	Samenvatting en conclusies	29

## **Hoofdstuk 3. De behandeling van paniekstoornis met agorafobie. Een verkenning van de literatuur**

3.1	Inleiding	31
3.2	Kwaliteitseisen voor effectstudies	33
3.3	Langs theorie over drie responssystemen bij angst	34
3.4	De behandeling van agorafobie	34
3.4.1	Exposure in vivo	38
3.4.2	Effecten van de behandeling van agorafobie met EV	39

3.5	De behandeling van paniek	41
3.5.1	De behandeling van paniek gezien vanuit de conditioneringstheorie	42
3.5.2	De behandeling van paniek gezien vanuit de cognitieve theorie	43
3.5.3	De behandeling van paniek gezien vanuit het 'hyperventilatiemodel'	44
3.5.4	Effecten van de behandeling van paniek	44
3.6	De behandeling van paniekstoornis met agorafobie	46
3.6.1	Effecten van de behandeling van paniekstoornis met agorafobie	47
3.7	Invloed van de therapeutische relatie op therapie-effecten	48
3.7.1	Resultaten uit onderzoek naar de invloed van de therapeutische relatie op de behandeling van paniekstoornis met agorafobie	50
3.8	Samenvatting en conclusies	50

#### **Hoofdstuk 4. Probleemstelling**

4.1	Inleiding	53
4.2	Hoofdvraag van het onderzoek: heeft PM meerwaarde ten opzichte van EV?	54
4.3	Twee explorerend/descriptieve onderzoeksvragen; samenhang tussen variabelen	55
4.3.1	Eerste exploratieve onderzoeksvraag: in hoeverre hangt het beloop van agorafobie samen met dat van comorbiditeit gedurende de therapie?	56
4.3.2	Tweede exploratieve onderzoeksvraag: in hoeverre hangt het beloop van agorafobie samen met dat van de kwaliteit van de therapeutische relatie gedurende de therapie?	58
4.4	Samenvatting	59

#### **Hoofdstuk 5. Methode van onderzoek**

5.1	Inleiding	61
5.2	Onderzoeksdesign	61
5.3	Behandelcentra en therapeuten	62
5.4	Selectiecriteria voor patiënten	63
5.5	Meetinstrumenten	64
5.5.1	Diagnose: paniekstoornis met agorafobie	65
5.5.2	Exclusie: ernstige lichamelijke ziekte	66
5.5.3	Aanvullende diagnose: HVS	66
5.5.4	Criteria voor de bepaling van het effect	66
5.5.5	Criteria voor comorbiditeit	69

5.5.6	Achtergrondvariabelen	70
5.5.7	Geloofwaardigheid van de behandeling en therapietrouw	71
5.6	Aard van de behandelingen	71
5.6.1	PM bij patiënten met het HVS	72
5.6.2	PM bij patiënten zonder het HVS	72
5.6.3	EV bij patiënten die geen PM vooraf kregen	73
5.6.4	EV bij patiënten die PM vooraf kregen	73
5.7	Procedure van dataverzameling	73
5.8	De voorstudie	74

## **Hoofdstuk 6. Baseline metingen**

6.1	Inleiding	75
6.2	Aanmelding	75
6.3	Weigeraars	76
6.4	Kenmerken van patiënten	76
6.5	Biografische en psychologische kenmerken van patiënten, onderscheiden naar behandelconditie	77
6.6	Samenvatting en conclusies	79

## **Hoofdstuk 7. Effecten van de behandeling: trendanalyses**

7.1	Inleiding	81
7.2	Statistische analyse	82
7.2.1	Twee analysestrategieën: 'complete cases' en 'intention to treat'	82
7.2.2	Toetsing op verschillen	84
7.2.3	Berekening van de grootte van de behandel-effecten	84
7.3	Resultaten toetsing	85
7.3.1	Effecten op feitelijk agorafobisch gedrag	85
7.3.2	Effecten op gepercipieerd agorafobisch gedrag	94
7.3.3	Effecten op agorafobische cognities	100
7.3.4	Effecten op gepercipieerde hyperventilatie	105
7.4	Grootte van de effecten	109
7.5	Conclusies	113
7.5.1	Over de bevindingen van het huidige onderzoek	113
7.5.2	Over de relatie met andere bevindingen	115
7.6	Discussie	117
7.6.1	Over de wijze waarop de behandelingen werden uitgevoerd	118
7.6.2	Over de methode van onderzoek	120
7.7	Samenvatting	129

## **Hoofdstuk 8. Samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van comorbiditeit**

8.1	Inleiding	131
8.2	Statistische analyse	132
8.3	Samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van comorbiditeit voor PM+EV	133
8.3.1	Grootte van samenhang	133
8.3.2	Veranderingen in de grootte van samenhang tussen M1 en M3	135
8.4	Samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van comorbiditeit voor EV	136
8.4.1	Grootte van samenhang	137
8.4.2	Veranderingen in de grootte van samenhang tussen M1 en M3	139
8.5	Conclusies	139
8.6	Discussie	141
8.6.1	Over de geringe samenhang tussen 'feitelijk agorafobisch gedrag' en comorbiditeit	141
8.6.2	Over de samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van depressiviteit en problemen in de partnerrelatie	142
8.7	Samenvatting	145

## **Hoofdstuk 9. Samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van de kwaliteit van de therapeutische relatie**

9.1	Inleiding	147
9.2	Statistische analyse	148
9.3	Samenhang tussen het beloop van het oordeel van patiënt en van therapeut over kwaliteit van de therapeutische relatie in PM+EV	149
9.4	Samenhang tussen het beloop van het oordeel van patiënt en van therapeut over kwaliteit van de therapeutische relatie in EV	150
9.5	Samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van kwaliteit van de therapeutische relatie in PM+EV	151
9.5.1	Grootte van samenhang	151
9.5.2	Veranderingen in de grootte van samenhang tussen M1; M2 en M3	153
9.6	Samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van kwaliteit van de therapeutische relatie in EV	154
9.6.1	Grootte van samenhang	154



9.6.2	Veranderingen in de grootte van samenhang tussen M1; M2 en M3	157
9.7	Conclusies	157
9.8	Discussie	159
9.8.1	Over de grootte van samenhang	160
9.8.2	Over de aard van de associatie	161
9.8.3	Over het verschil tussen PM+EV en EV	162
9.8.4	Consequenties voor de behandeling	163
9.9	Samenvatting	163

## **Hoofdstuk 10. Terugblik en een blik vooruit**

10.1	Inleiding	165
10.2	De belangrijkste bevindingen van het onderzoek	166
10.3	Aanbevelingen ten aanzien van de onderzoeksopzet	168
10.4	Aanbevelingen ten aanzien van de inhoud van de behandeling	169
10.5	Aanbevelingen voor andere uitgangspunten in de toekomst	170
10.6	Gedragstherapie en leertheorie	173
10.6.1	Een cognitief model van leren	173
10.6.2	Een cognitief model voor paniekstoornis met agorafobie	175
10.6.3	Implicaties	179
10.7	Gedragstherapie en therapeutische interactie	179
10.7.1	De 'Roos van Leary'	180
10.7.2	Het persoonlijkheidsmodel van Beck	183
10.7.3	Implicaties	183
10.8	Samenvatting	184

Samenvatting	185
--------------	-----

Summary	189
---------	-----

Bijlage 1:	Checklist hyperventilatie-test	193
Bijlage 2:	Conditie Controle (CC)	195
Bijlage 3:	Protocolen van therapeutische interventies	197
Bijlage 4:	Patiëntendagboek	221
Bijlage 5:	Betrouwbaarheidsintervallen hoofdstuk 8 en 9	223

Literatuur	229
------------	-----

Curriculum vitae	257
------------------	-----



# HOOFDSTUK 1. INTRODUCTIE

## 1.1 Inleiding

Paniekstoornis met agorafobie komt vaak voor. Ongeveer vijf procent van de bevolking krijgt ooit te kampen met paniek en/of agorafobie (Wittchen & Essau, 1991). Het is een hardnekkige aandoening die patiënten en hun omgeving vaak diep ongelukkig maakt. Wanneer je het eenmaal hebt kom je er zelden helemaal vanaf. Ook niet na een als geslaagd te beschouwen behandeling (Marks, 1987a).

Tegelijkertijd is het ook een fascinerend probleem. Wie is nu bang voor een wandeling op straat, een bezoek aan de bioscoop, of een ritje met de bus? Wie vreest nu boodschappen doen in de supermarkt? De meeste patiënten hebben deze activiteiten jarenlang zonder problemen uitgevoerd. Nu moeten plotseling partner, kinderen en burens worden ingeschakeld. Ook therapeuten die al tientallen fobici hebben behandeld, zijn nog dikwijls verbaasd over de aard van- en de verscheidenheid in het klachtenpatroon. Bepaalde patiënten durven niet alleen thuis te blijven en hebben 'oppassers' nodig. Andere agorafobici blijven wel alleen thuis. Sommigen van hen hebben echter de telefoon, die is voorgeprogrammeerd met de nummers waarop de partner bereikbaar is, voortdurend binnen handbereik. Intrigerend zijn ook de patiënten die goede en slechte dagen afwisselen. Sommigen van hen zeggen, dat zij 's ochtends bij het opstaan al voorvoelen of zij er die dag in zullen slagen alleen naar buiten te gaan. Een fobische patiënte die niet naar de kruidenier aan de overkant van haar straat durfde te gaan, stapte na een ruzie met haar man op de tram, reed naar het station, pakte de trein naar Delft en keerde toen toch maar weer terug naar huis. Woedend was ze geweest, maar niet bang. Een week later gaf een bezoek aan de kruidenier weer dezelfde onoverkomelijke problemen als voorheen. Een andere patiënte zag haar jarenlang bestaande fobische klachten als sneeuw voor de zon verdwijnen toen ze verliefd werd op haar rij-instructeur. Toen de liefde voorbij was, keerde de fobie onveranderd terug. Behalve dat fobieën goed lijken te passen binnen een leertheoretisch verklaringsmodel, heeft waarschijnlijk ook de fascinatie met het onderwerp geïnspireerd tot veel gedragstherapeutisch onderzoek. Fobieën en vooral de paniekstoornis met agorafobie behoren binnen de gedragstherapie tot de meest onderzochte klachtgebieden. Over aard en behandeling van de aandoening hebben veel ideeën de ronde gedaan. Eén en ander heeft ertoe geleid dat veel agorafobici op het ogenblik redelijk goed behandeld kunnen worden. Exposure in vivo leidt in veel gevallen tot een relevante vermindering van de klachten. Deze klachtverminde-

ring is relatief duurzaam. Toch worden de meeste fobici nooit meer geheel klachtenvrij. Bovendien vindt nog steeds een vrij grote groep fobici helemaal geen baat bij een behandeling met exposure in vivo. Diverse onderzoekers speuren daarom voortdurend naar methodes om de effectiviteit van de behandelingen te verhogen. In feite worden daarbij twee strategieën gevolgd. In de ene strategie wordt nagegaan of de behandeling van agorafobici in het algemeen kan worden verbeterd. Typerend voor deze benadering is dat men twee of meer behandelmethoden met elkaar vergelijkt. Men gaat daarbij impliciet uit van de overeenkomsten tussen patiënten. In feite zoekt men naar de optimale therapie voor agorafobie. In de andere onderzoeksstrategie gaat men juist uit van de verschillen tussen fobici. Men zoekt naar vooraf vast te stellen kenmerken van de patiënt welke mislukking of succes bij een bepaalde behandelmethode kunnen voorspellen. Vervolgens gaat men na of dergelijke kenmerken bij een andere behandelmethode tot een andere predictie over de kans op mislukking of succes leiden. In feite tracht men indicatiecriteria te ontwikkelen om patiënten aan verschillende behandelmethoden te kunnen toewijzen. Van beide benaderingen mag worden verwacht dat zij, afzonderlijk en in combinatie met elkaar, uiteindelijk tot effectievere behandelmethoden voor paniekstoornis met agorafobie zullen leiden.

## 1.2 Doel van het onderzoek

Het huidige onderzoek valt vooral binnen de eerstgenoemde strategie. In eerste instantie worden twee behandelmethoden met elkaar vergeleken. Daarbij gaat het om de vraag of de ene methode voor patiënten die lijden aan paniekstoornis met agorafobie in het algemeen effectiever is dan de andere. Daarnaast zijn er echter ook raakvlakken met de tweede strategie van onderzoek. Van een tweetal factoren zal namelijk worden nagegaan in hoeverre zij samenhangen met de agorafobische problematiek bij aanmelding en met veranderingen in die problematiek gedurende de therapie.

De laatste tien jaar is de vraag naar voren gekomen of niet meer aandacht moet worden besteed aan de rol die paniek speelt binnen het agorafobisch syndroom. In DSM-III (APA, 1980) onderscheidde men 'agorafobie met paniek' diagnostisch al van 'agorafobie zonder paniek in de voorgeschiedenis'. In DSM-III-R (APA, 1987) wordt agorafobie zelfs in de eerste plaats beschouwd als een complicatie van de paniekstoornis. Deze accentverschuiving blijkt ook uit de behandeling van het syndroom. Daarbij komt een verandering naar voren in de focus van de therapie. Deze heeft zich enigszins verplaatst van het vermijden van

openbare ruimten naar de angst om in paniek te raken. Dit heeft ertoe geleid dat men specifiek op paniek gerichte behandelmethodes is gaan ontwikkelen. Allereerst waren deze vooral van medicamenteuze aard. Later zijn met name vanuit de cognitieve therapie en de directieve therapie, ook psychologische behandelingen voor paniek tot stand gebracht. Al langer is duidelijk dat deze behandelingen tamelijk efficiënt zijn in het reduceren van paniek. Het is minder duidelijk of deze behandelingen ook een resultaatverhogend effect hebben op de behandeling van (paniekstoornis met) agorafobie. Met deze vraag zal het huidige onderzoek zich vooral bezig houden.

Paniekstoornis met agorafobie heeft een hoge comorbiditeit met diverse stoornissen. Zo bestaat er een gedocumenteerde overlap met verschillende andere angststoornissen. Vooral de samenhang met enkelvoudige fobie en sociale fobie is hoog (Barlow et al., 1986; Sanderson et al., 1987; de Ruiter, 1989). Daarnaast is er een hoge comorbiditeit met alcohol abus (Bibb & Chambless, 1986), somatoforme stoornissen (Katon, 1991), depressie (Williams, 1985) en persoonlijkheidsstoornissen (Reich et al., 1987a; Reich et al., 1987b).

Van een aantal van deze en andere stoornissen wordt vermoed, dat zij van invloed zijn op de effecten van een klachtgerichte, gedragstherapeutische behandeling van paniekstoornis met agorafobie. Dat geldt ook voor enkele andere factoren. Van sommige daarvan is de invloed ook onderzocht. Er is gekeken naar kenmerken van de agorafobische problematiek zelf, zoals ernst en duur van de klachten (Haffner & Ross, 1983; Mavissakalian & Michelson 1986; Jansson et al., 1987). Men heeft aandacht gehad voor biografische en demografische kenmerken van de patiënt zoals sexe, leeftijd, ras, burgerlijke staat en sociale achtergrond (Chambless et al., 1986; Marks, 1987a). Men ging de invloed na van psychologische kenmerken van de patiënt, zoals persoonlijkheidsstructuur (Reich, 1988) en het al dan niet vóórkomen van andere klachten naast agorafobie (Zitrin et al., 1980; Marks, 1987a). Men onderzocht ook kenmerken van de partnerrelatie van de patiënt (Arrindell, 1987). Tenslotte ging men na of kenmerken van de therapeutische relatie invloed op de effecten van de behandeling hadden (Rabavillas et al., 1979; Williams & Chambless 1990).

Over het algemeen moet worden gezegd dat veel nog onduidelijk is. De meeste van de genoemde aspecten blijken minder invloed te hebben dan men aanvankelijk vermoedde. Voor sommige auteurs is dit één van de redenen om exposure in vivo vooralsnog als de ultieme behandelstrategie bij paniekstoornis met agorafobie te blijven beschouwen (Marks, 1987a). Helemaal zonder betekenis zijn de betreffende factoren echter zeker niet (Jansson et al., 1987). Daarom zal in het huidige onderzoek van enkele kenmerken worden nagegaan of zij samenhangen met het

beloop van de agorafobische klachten tijdens de therapie. Gehoopt wordt dat zo meer inzicht ontstaat in de rol die dergelijke factoren spelen bij de behandeling van paniekstoornis met agorafobie.

## 1.3 Afbakening van het onderzoek

Men kan niet alles tegelijk onderzoeken. Dat geldt ook voor dit onderzoek. De eerste afbakening betreft de populatie waaruit de steekproef is getrokken. Het gaat om patiënten die zichzelf, volgens de gangbare procedures hebben aangemeld voor een (ambulante) behandeling op een polikliniek psychiatrie of een Riagg. Er is dus geen werving van patiënten geweest. Evenmin zijn patiënten uit (semi)residentiële settingen in behandeling gekomen.

De tweede afbakening betreft de behandelcondities. Allereerst is gekozen voor psychologische benaderingen van paniekstoornis met agorafobie. Over medicamenteuze behandelmethodes wordt in het vervolg daarom nauwelijks gesproken. Binnen de psychologische behandelingen van paniekstoornis met agorafobie geldt exposure in vivo als maatstaf. Ondanks alle beperkingen, is de effectiviteit van exposure in vivo bij de behandeling van paniekstoornis met agorafobie immers onweersproken en vooralsnog onovertroffen. In het onderzoek is gekozen voor een variant waarbij de patiënt de exposure zelf uitvoert ('self-controlled-exposure'), in zijn eigen omgeving ('home-based').

De mogelijke extra effecten van een aparte behandeling van paniek ('paniek-management') wordt afgemeten aan de effectiviteit van exposure in vivo alleen. Paniekmanagement is in het huidige onderzoek een behandelmethode die uit drie elementen bestaat: (1) een geruststellende verklaring voor en uitleg over panieksensaties (uitleg); (2) exposure aan interne angstwekkende sensaties (exposure); en (3) het aanleren van vaardigheden om beter met die panieksensaties om te gaan (coping).

De derde afbakening geldt het aantal factoren waarvan de samenhang met het beloop van de klachten wordt onderzocht. In het huidige onderzoek zal het gaan om drie aspecten van comorbiditeit (depressiviteit, problemen in de partnerrelatie en sociale angst) en nog een andere factor (kwaliteit van de therapeutische relatie). Depressiviteit, onbevredigende partnerrelatie en sociale angst zijn klachtgebieden waarvan men reeds lang een relatie met agorafobie vermoedt. Kwaliteit van de therapeutische relatie wordt de laatste jaren door steeds meer onderzoekers als een belangrijk element beschouwd in gedragstherapeutische behandelingen, naast de diverse specifieke en dikwijls klachtgerichte interventies.

## 1.4 Setting waarbinnen het onderzoek werd uitgevoerd

Het onderzoek is op vier centra uitgevoerd. Een aantal patiënten werd op twee Haagse Riaggs (Zuidhage en Westhage) behandeld. De meeste patiënten kwamen van de polikliniek psychiatrie van het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft en van de polikliniek psychiatrie van het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Bloemendaal in Den Haag. Alle therapeuten die meewerkten aan het onderzoek, hadden minimaal enige jaren ervaring met het uitvoeren van gedragstherapeutische behandelingen. Allen hadden een training gevolgd in het uitvoeren van de in het onderzoek gebruikte behandelprotocollen.

Patiënten volgden in eerste instantie de normale aanmeldings- en intakeprocedure van de verschillende instellingen. Vervolgens vond een specifieke diagnostiek en indicatiestelling plaats voordat tot deelname aan het onderzoek werd besloten.

## 1.5 Globale vraagstelling

In het huidige onderzoek gaat het om twee onderzoeksvragen. De hoofdvraagstelling heeft betrekking op de mogelijke extra effectiviteit van een speciale behandeling voor paniek. Het is daarbij de vraag of de toevoeging van paniekmanagement aan exposure in vivo tot betere behandelresultaten leidt, dan die welke met exposure in vivo alleen worden bereikt.

De tweede vraagstelling heeft betrekking op de vraag in hoeverre het beloop van agorafobie samenhangt met dat van comorbiditeit en dat van de kwaliteit van de therapeutische relatie gedurende de therapie.

## 1.6 Indeling van het proefschrift

In dit proefschrift zal worden getracht een antwoord te geven op de twee hierboven globaal geformuleerde vragen. Daarbij is voor de volgende indeling gekozen.

In de hoofdstukken 2 en 3 wordt de literatuur over paniekstoornis met agorafobie verkend. In hoofdstuk 2 gaat het om de vraag wat paniekstoornis met agorafobie nu eigenlijk is. De verschijningsvorm en de belangrijkste kenmerken van de stoornis worden belicht. Diagnostiek, differentiële diagnostiek, prevalentie, etiologie, beloop, comorbiditeit en enkele verklaringsmodellen komen aan de orde. In hoofdstuk 3 gaat het

om de behandeling van paniekstoornis met agorafobie. De inhoud van verschillende behandelmethodes en het mogelijke belang van de kwaliteit van de therapeutische relatie worden besproken.

In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de probleemstelling van het onderzoek. In hoofdstuk 5 wordt de opzet van het onderzoek uitgewerkt, waarna in hoofdstuk 6 de baseline metingen worden weergegeven. In de hoofdstukken 7, 8 en 9 worden de diverse onderzoeksbevindingen gepresenteerd. Hoofdstuk 7 gaat daarbij over de vraag of paniekmanagement de effectiviteit van exposure verhoogt. In hoofdstuk 8 wordt het beloop van de samenhang tussen agorafobie en comorbiditeit besproken.

Hoofdstuk 9 behandelt het beloop van de samenhang tussen agorafobie en de kwaliteit van de therapeutische relatie. In hoofdstuk 10 worden alle resultaten tezamen bediscussieerd in een terugblik en een blik vooruit. Aan het slot is een samenvatting in het Nederlands en het Engels opgenomen.



# HOOFDSTUK 2. KENMERKEN VAN PANIEKSTOORNIS MET AGORAFOBIE. EEN VERKENNING VAN DE LITERATUUR

## 2.1 Inleiding

Over weinig klachtgebieden is vanuit de gedragstherapie zoveel gepubliceerd als over paniek en vooral agorafobie. Daarbij zijn in de loop der jaren belangrijke verschillen opgetreden in de classificatie van beide syndromen. Eerst werden beide klachtgebieden vooral afzonderlijk beschreven, waarna in DSM-III (APA, 1980) een belangrijke plaats werd ingeruimd voor 'agorafobie met paniekaanvallen'. Met de invoering van DSM-III-R (APA, 1987) is men agorafobie en paniekstoornis nog meer in elkaar gaan schuiven. Hoewel die opvatting niet onomstreden is (Wittchen & Essau, 1991), wordt agorafobie tegenwoordig door velen in de eerste plaats beschouwd als een complicatie van paniekstoornis. 'Paniekstoornis met agorafobie' is de term die DSM-III-R hiervoor gebruikt.

Dit hoofdstuk en hoofdstuk 3 zijn literatuurverkenningen met betrekking tot paniekstoornis met agorafobie. In hoofdstuk 3 staat de behandeling centraal. In dit hoofdstuk gaat het om de verschijningsvorm en enkele andere kenmerken van de aandoening. Bevindingen in de literatuur worden weergegeven voor zover deze relevant zijn voor de vraagstelling van het huidige onderzoek.

Allereerst wordt het klachtgebied afgebakend in de paragrafen over diagnostiek en differentiële diagnostiek. De conclusie hieruit zal zijn dat paniekstoornis met agorafobie een veelomvattend klachtenpatroon is met diverse verschijningsvormen en met onduidelijk afgebakende grenzen ten aanzien van andere klachten.

Uit de daaropvolgende bespreking van de prevalentie blijkt dat paniekstoornis met agorafobie in de bevolking tamelijk vaak vóórkomt en in de klinische populatie zelfs zeer vaak.

Vervolgens wordt ingegaan op etiologie en risicofactoren.

Paniekstoornis met agorafobie blijkt dan vooral te ontstaan bij vrouwen tijdens een levensfase waarin een groter beroep wordt gedaan op zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid.

Dan wordt het beloop van het syndroom beschreven. Zonder behandeling blijkt paniekstoornis met agorafobie dikwijls een chronische, invaliderende aandoening te zijn. Hoewel op de behandeling en de behandel-

effecten uitvoeriger wordt ingegaan in hoofdstuk 3, wordt hier al vastgesteld dat therapie met exposure in vivo het beloop in het algemeen gunstig beïnvloedt. Behandeling leidt echter zelden tot een algeheel herstel.

Hierna wordt de samenhang met andere klachten besproken. Het is immers voorstelbaar dat een zuiver op paniek en agorafobie gerichte behandeling wellicht effectiever zal zijn bij 'simpele agorafobie', waar een lage comorbiditeit met andere klachten bestaat dan bij 'complexe agorafobie', waar de comorbiditeit juist hoog is (Goldstein & Chambless, 1978). Uit deze paragraaf blijkt dat er in het algemeen een hoge comorbiditeit bestaat met stemmingsstoornissen. In de opvattingen over de relatie tussen paniekstoornis met agorafobie enerzijds en huwelijkssatisfactie anderzijds blijken de laatste jaren belangrijke verschuivingen te zijn opgetreden. Toch zal worden geconcludeerd dat over dit verband het laatste woord nog niet is gesproken. Ook zal blijken dat er een niet onbelangrijke comorbiditeit met sociale angst lijkt te zijn.

Tenslotte worden drie modellen over het ontstaan en voortbestaan van (paniekstoornis met) agorafobie besproken. Het (reflexmatige) conditioneringsmodel waarop de behandeling met exposure in vivo is gebaseerd, wordt eerst behandeld. Daarna wordt het cognitieve model toegelicht, waarin de herinterpretatie van lichamelijke sensaties als het belangrijkste element in de interventies wordt gezien. Het hyperventiliatiemodel wordt, tenslotte, beschouwd als een speciale vorm van het conditioneringsmodel, hetzij het cognitieve model. In beide gevallen wordt daarbij een belangrijke plaats ingeruimd voor de fysiologische component in de angstreactie. De conclusie zal zijn dat de oude, reflexmatige conditioneringstheorie ontoereikend is als verklaringsmodel voor het ontstaan van paniekstoornis met agorafobie. Tegelijk wordt echter alvast geconcludeerd dat de behandelmethode die op dit model is gebaseerd, te weten exposure in vivo, redelijk effectief is. De cognitieve theorie en het hyperventiliatiemodel worden geacht enkele veelbelovende aanknopingspunten te bieden voor behandeling.

Aan het eind van het hoofdstuk worden de meest relevante bevindingen nog eens geresumeerd en belicht in het kader van de huidige onderzoeksvraagstelling.

Bij deze literatuurbespreking (en ook bij die in hoofdstuk 3) doen zich enkele problemen voor. Eén van die problemen is dat de meest recente literatuur (vanaf 1987) agorafobie meestal beschouwt als een onderdeel van paniekstoornis, dat iets oudere literatuur (tussen 1980 en 1987) paniek veelal als een belangrijk onderdeel van agorafobie ziet, terwijl nog wat oudere literatuur (vóór 1980) over het algemeen óf paniek óf agorafobie tot onderwerp heeft.

In het vervolg wordt geen consequent onderscheid gemaakt tussen literatuur over 'agorafobie met paniekaanvallen' en die over 'paniekstoornis met agorafobie'. Vergelijking van de diagnostische criteria van beide syndromen in DSM-III (APA, 1980) en DSM-III-R (APA, 1987) lijkt deze keuze te rechtvaardigen. Ook wanneer een publicatie 'paniekstoornis zonder vermijding' tot onderwerp heeft, of 'agorafobie zonder paniek' wordt dit niet stelselmatig vermeld.

Een ander probleem, dat overigens niet los staat van de hierboven gesignaleerde moeilijkheid, heeft betrekking op de status welke men toekent aan paniek. In navolging van Klein zien veel auteurs paniek als de consequentie van een in eerste instantie biologisch bepaalde ontregeling (Klein, 1964). Anderen beschouwen paniek weliswaar als een op zichzelf staand fenomeen, maar localiseren de oorzaken ervan toch vooral op psychologisch terrein (Barlow, 1987). Weer anderen maken geen kwalitatief onderscheid tussen angst en paniek. Deze laatste auteurs menen dat paniek een vorm is van hevige angst (Marks, 1987b). In het vervolg wordt, tenzij anders is vermeld, steeds aangenomen dat paniek voor veel agorafobische patiënten, althans subjectief, een op zichzelf staand fenomeen is. Daarmee wordt bedoeld, dat veel patiënten bang zijn voor paniekaanvallen en hun best doen om dergelijke aanvallen te voorkómen.

## 2.2 Diagnostiek

Welke klachtenpatronen vallen onder de noemer paniekstoornis met agorafobie?

In de Inleiding werd al gewezen op de veranderingen die de classificatie van agorafobie in de loop der tijd heeft ondergaan. Niet alleen de afgrenzing ten opzichte van andere diagnoses heeft ter discussie gestaan. Juist vanwege de grote overlap met andere (angst)stoornissen heeft men zich, bijvoorbeeld, ook afgevraagd of agorafobie wel met recht een apart syndroom kan worden genoemd (Williams, 1985). Uit factor-analytisch onderzoek (Hallam & Hafner, 1978; Arrindell, 1980) blijkt weliswaar dat typisch agorafobische klachten de neiging hebben te clusteren; meer dan een statistische tendens is dit voorlopig niet. Veel agorafobische patiënten blijken buiten het agorafobische cluster te vallen en veel niet-agorafobici scoren binnen de agorafobische dimensies. Illustratief in dit opzicht is een onderzoek van Doctor (1982), die vaststelde dat 'autorijden op de snelweg' bij ruim veertig procent van de ondervraagde fobici paniekaanvallen induceerde, terwijl dezelfde activiteit voor ongeveer dertig procent van de patiënten geen enkel probleem opleverde. 'Alleen zijn' kostte de helft van de fobici geen enkele moeite, terwijl meer dan tien procent verklaarde in zo'n situatie gemakkelijk in paniek

te kunnen raken. Het moet in theorie mogelijk zijn, twee agorafobici te beschrijven die geen enkele overeenkomst hebben voor zover het situaties betreft welke zij vrezen en vermijden.

Ook de relatie tussen agorafobie en depressie is hecht. Vóór het verschijnen van DSM-III werden angst en depressie vrij algemeen als aspecten van hetzelfde syndroom beschouwd. Bowen zag agorafobie zelfs als een affectieve stoornis, juist omdat de depressie bij deze patiënten zo op de voorgrond staat (Bowen & Kohout 1979).

Toch heeft men, tot 1987, agorafobie vrij algemeen als een te onderscheiden klachtgebied beschouwd, al constateerde men wel dat het syndroom een 'fuzzy set' van klachten beschrijft (Williams, 1985). Zoals hieronder zal blijken, zijn na 1987 velen agorafobie vooral gaan zien als een complicatie van paniekstoornis.

Wat betreft de paniekcomponent van het agorafobisch syndroom gaat de discussie niet zozeer over de verschijningsvorm van paniek, als wel over de etiologie ervan. Al eerder is opgemerkt dat voor sommigen paniek in de eerste plaats een biologische oorzaak heeft (Klein, 1964), terwijl andere psychologische factoren op de voorgrond plaatsen (Barlow, 1987). In beide gevallen wordt paniek als een aparte entiteit gezien. Een derde groep onderzoekers, tenslotte, onderscheidt paniek niet van hevige angst (Marks, 1987b) en kent aan haar geen aparte plaats toe in diagnostiek en behandeling.

Tegenwoordig wordt vrij algemeen de DSM-III-R classificatie (APA, 1987) gevolgd. Paniekstoornis met agorafobie wordt daarin als volgt omschreven:

- er wordt voldaan aan de criteria voor paniekstoornis; en
- er is agorafobie. Dat betekent dat de patiënt bang is om zich te bevinden in situaties waaruit wegvlugten moeilijk of belastend kan zijn of waar geen hulp aanwezig is wanneer hij in paniek zou raken. Als gevolg hiervan gaat de patiënt 'agorafobische' situaties mijden, tenzij hij vergezeld is van een begeleider. Soms worden 'agorafobische' situaties doorstaan ondanks hevige angst. Tot de gangbare agorafobische situaties behoren: alleen buitenshuis zijn, in een menigte of in een rij staan, op een brug staan of lopen en reizen in een bus, trein of auto.

Aan de criteria voor paniekstoornis wordt op de volgende wijze voldaan:

- gedurende de ziekteperiode hebben zich één of meer onverwachte paniekaanvallen (discrete momenten van hevige angst en ongemak) voorgedaan, die niet werden vooraf gegaan door blootstelling aan een situatie waarin de patiënt in het middelpunt stond van de aandacht van anderen; en

- binnen een periode van vier weken hebben zich óf minstens vier van dergelijke paniekaanvallen voorgedaan, óf één of meer van dergelijke aanvallen is (zijn) gedurende minstens een maand gevolgd door een periode van voortdurende angst dat opnieuw zo'n aanval zou optreden; en
- gedurende minstens één van de aanvallen ontwikkelden zich minstens vier van de volgende symptomen:
  - kortademigheid of benauwdheid;
  - duizeligheid of het gevoel flauw te vallen;
  - hartkloppingen (tachycardie);
  - trillen of beven;
  - transpireren;
  - gevoel te stikken;
  - misselijkheid;
  - depersonalisatie of derealisatie;
  - paresthesieën;
  - plotselinge sensaties van kou of warmte ('opvliegers');
  - pijn of druk op de borst;
  - angst om dood te gaan;
  - angst voor controleverlies of angst om gek te worden.
 (NB: aanvallen met minder dan vier symptomen worden beperkte aanvallen genoemd.); en
- gedurende minstens enkele van de aanvallen ontwikkelden minstens vier van de genoemde symptomen zich plotseling en namen zij binnen tien minuten sterk toe in intensiteit; en
- organische factoren zoals cafeïne- of amfetamine-intoxicatie of hyperthyroidie zijn niet verantwoordelijk voor het ontstaan en voortbestaan van de klachten.

DSM-III-R kent naast de 'paniekstoornis met agorafobie' ook nog 'agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis'. Deze diagnose kan echter in de klinische praktijk slechts zelden worden gesteld (Di Nardo et al., 1983; Fyer et al., 1987). In de 'normale' populatie lijken veel meer mensen aan de criteria voor 'agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis' te voldoen dan in de klinische populatie (Barlow, 1988). Tenslotte moet worden opgemerkt dat weinig patiënten met een paniekstoornis op geen enkele wijze bepaalde situaties proberen te vermijden (Barlow, 1988).

Tussen landen en culturen bestaan dikwijls grote verschillen in het categoriseren van angststoornissen (Barlow, 1988). Op de criteria van DSM-III en DSM-III-R is bovendien veel kritiek geleverd (Hallam, 1985; Williams, 1985; Marks, 1987b). Toch wordt bovenstaande DSM-III-R-

diagnose als een zekere internationale standaard beschouwd in onderzoek en therapie.

De meeste clinici zijn het er over eens dat de DSM-III-R-diagnose op zichzelf onvoldoende aanknopingspunten biedt voor een gedragstherapeutische behandeling. Een uitzondering is Andrews (Andrews & Moran, 1988). Door de meeste anderen wordt aanvullende diagnostiek aanbevolen (Williams, 1985). Merkwaardig is dat dit bij onderzoek zelden gebeurt. Dikwijls worden weliswaar nog enkele bijkomende in- en exclusiecriteria geformuleerd, maar de aan het onderzoek deelnemende patiënten krijgen over het algemeen allemaal dezelfde behandeling, ongeacht de bevindingen welke uit de aanvullende diagnostiek naar voren zijn komen.

Agorafobie is dus als zelfstandige ziektecategorie grotendeels uit de psychiatrische diagnostiek verdwenen. Toch is de behandeling van paniekstoornis met agorafobie nog voor een belangrijk gedeelte gebaseerd op inzichten en bevindingen uit de periode dat men agorafobie nog wel als een belangrijke op zichzelf staande aandoening beschouwde. Dat blijkt vooral uit de toepassing van exposure therapie. Patiënten krijgen daarbij de opdracht om confrontaties aan te gaan met voor hen angstwekkende situaties. Het laten oplopen van de daarbij optredende angst tot 'paniekniveau' kan wel plaatsvinden, maar wordt doorgaans niet uitdrukkelijk gestimuleerd. Doelgerichte exposure aan panieksensaties, al dan niet gecombineerd met het toepassen van coping, past meer in opvattingen waarin paniek als de centrale factor van het agorafobisch syndroom wordt gezien.

## 2.3 Differentiële diagnostiek

Welke aandoeningen lijken op paniekstoornis met agorafobie, maar zijn het niet?

Cafeïne- en amfetamine-intoxicaties kunnen panieksensaties induceren, zonder dat mag worden gesproken van een paniekstoornis in de psychiatrische zin van het woord. Hetzelfde geldt voor een aantal somatische ziektes. Hyperthyroidie kan tot paniekgevoelens leiden. Dat geldt ook voor: hypoglycaemie, hypoparathyroidie, Cushing syndroom, pheochromocytoom, temporale epilepsie, audiovestibulaire klachten en prolaps van mitraalklep (Barlow, 1988). In al deze gevallen gaat het niet primair om een psychiatrische ziekte. Paniekaanvallen zijn hier een begeleidend verschijnsel van de lichamelijke aandoening.

Overigens sluit een somatische, paniekinducerende aandoening natuurlijk niet uit, dat iemand ook een paniekstoornis kan hebben. Beide diagnoses kunnen naast elkaar bestaan. Dat is het geval wanneer de

hevigheid en/of de duur van de paniekaanvallen buiten proportie is ten opzichte van de somatische ziekte. Soms is het dan nodig om naast de somatische aandoening ook de paniekstoornis te behandelen.

Een belangrijke praktische vraag is, hoever men moet gaan bij het uitsluiten van een mogelijk organische oorzaak van paniekaanvallen.

Hierover bestaat nog geen algemene overeenstemming. Uitvoerig somatisch onderzoek kost niet alleen veel tijd en geld. Men loopt tevens het risico dat de patiënt door het onderzoek juist wordt gesterkt in zijn vrees te lijden aan een ernstige lichamelijke aandoening. De kans op een succesvolle psychiatrische behandeling wordt hierdoor wellicht verminderd (van Moffaert et al., 1988). Aan de andere kant zal een organische paniekinducerende aandoening eerst somatisch behandeld moeten worden.

Paniekstoornis met agorafobie moet ook worden onderscheiden van een aantal psychiatrische stoornissen waarbij eveneens angst, paniek en vermijding kunnen voorkomen. De belangrijkste zijn: gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, enkelvoudige fobie, depressie, somatisatiestoornis, (APA, 1987) en hypochondrie (Emmelkamp et al., 1989).

Tussen de paniekaanvallen in is de paniekpatiënt vaak zenuwachtig en gespannen, evenals de patiënt met een gegeneraliseerde angststoornis. Wanneer deze gespannenheid uitsluitend betrekking heeft op een mogelijke volgende paniekaanval wordt geen aanvullende diagnose gegeneraliseerde angststoornis gesteld. Betreft de gespannenheid ook andere zaken, dan gebeurt dat wel.

Sociaalfobici vermijden soms ook openbare gelegenheden. Bovendien komen bij sociale fobie ook paniekaanvallen voor. Bij paniekstoornis staat echter de angst centraal om in paniek te raken, terwijl de sociaalfobicus vooral (vermeende) sociale vernedering vreest.

Ook de enkelvoudige fobicus kan zowel in paniek raken, als de straat vermijden. In beide gevallen staat echter de feitelijke of de geanticipeerde confrontatie met het fobisch object (bijvoorbeeld: een hond) op de voorgrond en niet de angst voor een paniekaanval.

Bij depressie in engere zin (depressie i.e.z.) kunnen eveneens paniekaanvallen voorkomen. In dat geval moet naast de stemmingsstoornis een paniekstoornis worden gediagnostiseerd.

Hetzelfde geldt voor de somatisatiestoornis.

Zowel de hypochonder als de paniekpatiënt zijn vaak buitengewoon bezorgd over hun gezondheid. Bij de paniekpatiënt concentreert deze bezorgdheid zich echter op de periode tijdens en vlak na de paniekaanval, terwijl de hypochonder ook daarbuiten veelvuldig bezig is met zijn lichamelijke gezondheid.

Diagnostiek en differentiële diagnostiek van paniekstoornis met agorafobie zijn dus niet bijzonder eenvoudig. Er bestaat dikwijls twijfel of iemand, bijvoorbeeld, vooral sociaal fobisch is, of dat het toch in eerste instantie gaat om een paniekstoornis met agorafobie. Het ligt daarom voor de hand dat het soms vrij toevallige factoren zijn, die uitmaken of een bepaalde patiënt in de steekproef van een onderzoek naar agorafobie wordt opgenomen of juist niet.

## 2.4 Prevalentie

Hoe vaak komt (paniekstoornis met) agorafobie voor? In epidemiologisch onderzoek gaat men na welke proportie van de populatie in een bepaald tijdsbestek voldoet aan de criteria voor paniekstoornis met agorafobie. Onder andere omdat de diagnostische criteria voor paniek en agorafobie in de loop der jaren zijn gewijzigd, kunnen cijfers over het vóórkomen van beide aandoeningen enigszins verschillen.

Het grootste tot nu toe uitgevoerde onderzoek naar het vóórkomen van psychiatrische aandoeningen binnen de normale bevolking is de Epidemiological Catchment Area Study (ECA-studie) (George et al., 1986). Ruim één procent van de in deze studie onderzochte proefpersonen bleek minstens één keer in hun leven te hebben voldaan aan de criteria voor paniekstoornis. Voor agorafobie (al dan niet met paniek) gold dit voor bijna vier procent van de onderzochte personen. In een vergelijkbaar, maar kleiner bevolkingsonderzoek in Duitsland (de Munich Follow-Up study: MFS) waren deze cijfers voor paniekstoornis ruim twee procent en voor agorafobie bijna zes procent (Wittchen & Essau, 1991). Mede op grond van nog enkele andere overzichten, concludeert Wittchen dat én binnen de verschillende normale populaties in één cultuur én tussen culturen onderling, de prevalentiecijfers voor zowel paniekstoornis als voor agorafobie over het algemeen opvallend consistent zijn. Paniekstoornis ontwikkelt zich bij ongeveer twee procent van de volwassenen minstens één keer in het leven. Voor agorafobie is dat cijfer ongeveer vijf procent (Wittchen & Essau, 1991).

Slechts een klein gedeelte van de mensen die klachten ontwikkelen, stelt zich ook daadwerkelijk onder psychiatrische behandeling. Geschat wordt dat ongeveer een kwart van de mensen met angststoornissen ooit in psychiatrische behandeling komt. Patiënten met angst leggen wel een groot beslag op eerste lijn voorzieningen van de gezondheidszorg (Weissman, 1985). Patiënten die in psychiatrische behandeling zijn gekomen, vormen om deze redenen wellicht geen adequate afspiegeling van mensen met angstklachten in de gehele populatie. Kennis van epidemiologische gegevens nuanceert dus de generaliseerbaarheid van de gegevens welke zijn verkregen uit patiëntenonderzoek.



Binnen de psychiatrische populatie is het percentage patiënten met (paniekstoornis met) agorafobie relatief hoog. Vóór het verschijnen van de DSM-III-R was vijftig tot tachtig procent van de patiënten die behandeling zochten voor aan angst gerelateerde problematiek, agorafobisch (Edelmann, 1992). In de cijfers ligt waarschijnlijk een grote overlap besloten tussen agorafobici en paniekpatiënten.

Paniekstoornis met agorafobie lijkt dus een betrekkelijk veel vóórkomende ziekte te zijn, die een relatief groot beslag legt op voorzieningen van de geestelijke volksgezondheid en van de gezondheidszorg in het algemeen.

## 2.5 Etiologie en risicofactoren

Welke factoren zijn gerelateerd aan het ontstaan van paniekstoornis met agorafobie? Welke groepen in de populatie lopen een verhoogd risico de stoornis te ontwikkelen?

In zijn algemeenheid zijn vele factoren onderzocht, waaronder 'life-events', persoonlijkheidsfactoren, sociaal milieu en ras. Daarbij zijn de risicofactoren sexe en leeftijd het meest opvallend. Er is verondersteld dat agorafobie bij mannen in belangrijke mate verschilt van agorafobie bij vrouwen (Mavissakalian, 1985). Iets dergelijks is beweerd met betrekking tot de leeftijd waarop agorafobie ontstaat (Marks, 1987a). Beide risicofactoren worden hieronder besproken. Meer theoretisch gefundeerde modellen over het ontstaan en voortbestaan van paniekstoornis met agorafobie worden in 2.8 toegelicht.

### 2.5.1 *Sexe*

De agorafobische populatie bestaat voor zo'n 'tweederde' (Marks, 1987a) tot 'meer dan driekwart' gedeelte (Barlow, 1988; Chambless, 1989) uit vrouwen. Bij paniekstoornis zonder agorafobie ligt de verhouding, volgens sommigen, minder scheef. De schattingen over de man-vrouw-verhouding hier lopen uiteen van 1:1 (APA, 1987) tot 1:3 (Sheehan, 1982). Het laatste cijfer komt weer in de buurt van de verhouding welke wordt gevonden bij agorafobie.

Naar verhouding worden in het algemeen meer vrouwen dan mannen aangemeld vanwege psychiatrische aandoeningen. In het bijzonder geldt dit voor angststoornissen (de Ruiter, 1989). Het is daarbij onduidelijk of vrouwen angstiger zijn dan mannen, of dat zij eerder hulp zoeken (Katon, 1991).

Chambless meent dat het eerste het geval is. Zij verklaart het verschil aan de hand van het begrip 'sexerol-stereotypering'. Op de dimensie 'feminiteit-masculiniteit' zouden fobische patiënten in het algemeen

meer 'feminien' zijn dan niet-fobici. 'Feminiene' personen zouden, onder andere, expressief zijn in het uiten van vriendelijkheid en betrokkenheid. 'Masculiene' personen zouden zich kenmerken door relatief veel instrumenteel gedrag zoals actief en assertief zijn. Masculiniteit zou een profylactische rol spelen ten aanzien van het ontstaan van fobische klachten. Personen met een hoge masculiniteit zouden bij een beginnende angst eerder geneigd zijn om toch de confrontatie met de bedreigende situatie aan te gaan. Hierdoor zou angst minder gemakkelijk blijven voortbestaan. Hoge feminiteit zou in zo'n situatie juist tot vermijding leiden. Stereotypering van de sexe-rol zou vrouwen tot een hogere mate van feminiteit en dus tot een hogere vatbaarheid voor agorafobie brengen, terwijl het omgekeerde zou gelden voor de stereotypering van mannen. Deze visie wordt enigszins ondersteund door onderzoeksbevindingen (Chambless & Mason, 1986; Chambless, 1989).

Sheehan (1983) geeft een biologische verklaring voor het opvallende verschil tussen mannen en vrouwen in de mate van vóórkomen van paniekstoornis met agorafobie.

Of behandel-effecten voor mannen en vrouwen verschillen, is nog onduidelijk. Soms wordt wel een verschil gevonden in therapie-effecten tussen mannen en vrouwen (Mavissakalian, 1985a). Meestal is dat echter niet het geval (Hafner, 1983; Chambless & Mason, 1986; Gournay, 1989; Rijken et al., 1990).

### *2.5.2 Leeftijd*

De rol welke leeftijd speelt in het agorafobisch syndroom, kan op twee manieren worden onderzocht. Men kan nagaan of leeftijd een risicofactor is bij het ontstaan van de klachten. Men kan ook nagaan of de leeftijd waarop de patiënt zich aanmeldt voor behandeling van invloed is op het beloop van de therapie. Omdat patiënten zich vaak pas jaren na het ontstaan van de klachten aanmelden voor behandeling (Marks, 1987a) hoeven beide niet sterk aan elkaar te zijn gerelateerd.

Het is een vrij consistente bevinding dat paniekstoornis met agorafobie dikwijls manifest wordt tussen het twintigste en dertigste levensjaar (Ost, 1987a). Dit suggereert een mogelijke samenhang tussen het ontstaan van de klachten en het toenemen van de sociale druk om zelfstandig te worden. Wanneer agorafobie zich pas op latere leeftijd manifesteert, moet extra aandacht worden gegeven aan de differentiële diagnose met depressie (Marks, 1987a). Ook lijkt het percentage mannen groter te worden, naarmate de klachten op latere leeftijd ontstaan (Wittchen & Essau, 1991). Of voor deze 'late-onset' agorafobici een aangepaste behandeling noodzakelijk is, is niet bekend.

Of leeftijd bij de aanmelding van agorafobici van invloed is op het beloop van de behandeling, is vooralsnog onduidelijk. Jansson vond dat oudere patiënten iets beter op een exposure behandeling reageerden

dan jongere (Jansson et al., 1987). Foa vond bij dwangneurotici een omgekeerd verband (Foa et al., 1983). Hoogduin (1985) kon, eveneens bij dwangneurose, geen enkel verband vinden tussen leeftijd en behandeldeffect.

## 2.6 Beloop

Het natuurlijk beloop van niet behandelde fobieën fluctueert. Bij sommige patiënten ontstaan de klachten plotseling. Bij andere is er sprake van een langdurig proces waarin de klachten lange tijd kunnen worden gehanteerd, ook al kost dit vaak veel moeite (Marks, 1987a).

De ontplooiing van angstgevoelens en vermijding verloopt dikwijls grillig. Vaak wisselen goede en slechte periodes elkaar af. Deze variabiliteit speelt zich meestal af tegen een achtergrond van chronische angst en incidentele paniekaanvallen (Barlow, 1988).

Wanneer agorafobie eenmaal volledig is ontwikkeld, raakt de patiënt de klachten, ook na een geslaagde behandeling, zelden helemaal en blijvend kwijt. Jacobson constateerde na een heranalyse van elf eerder gepubliceerde effectstudies van behandelingen met exposure in vivo, dat slechts een kwart van de patiënten min of meer klachtenvrij uit de behandeling kon worden ontslagen. Dropouts werden daarbij buiten beschouwing gelaten (Jacobson et al., 1988). Ook volgens Marks verlaten slechts weinig patiënten de therapie geheel klachtenvrij. Wel leidt behandeling met exposure dikwijls tot een duidelijke verbetering. Deze verbetering houdt veelal stand bij een follow-up van vijf jaar of langer. De toestand van behandelde patiënten is dan ook superieur aan die van niet behandelde patiënten (Marks, 1987a).

Er zijn aanwijzingen dat mannen met paniekstoornis een hogere mortaliteit hebben ten gevolge van cardiovasculaire ziektes dan mannen die niet onder psychiatrische behandeling staan. Voor vrouwen met paniekstoornis is geen verhoogde sterftekans vanwege hartaandoeningen gevonden. Wel bestaat er mogelijk een verhoogd suïciderisico bij paniekpatiënten (Coryell et al., 1986; Weissman et al., 1990).

Marks (1987a) plaatst kanttekeningen bij deze bevindingen. Ten eerste was, volgens Marks, het percentage agorafobici in Coryells onderzoek gering. Ten tweede zouden de cardiovasculaire aandoeningen evengoed kunnen samenhangen met roken en hypertensie en niet zozeer met paniek. Ook bij het onderzoek van Weissman ging het om een kleine steekproef. Bovendien waren de 'diagnoses' gebaseerd op zelfrapportage.

Nog los van het mogelijke mortaliteitsrisico lijkt paniekstoornis met agorafobie een ernstige handicap te zijn, die zonder behandeling zelden verdwijnt en die zelfs na een als geslaagd te beschouwen therapie een aantal vrij ernstige restverschijnselen achterlaat.

## 2.7 Comorbiditeit

In hoeverre komt paniekstoornis met agorafobie samen voor met andere psychiatrische ziektes?

Dat blijkt vaak het geval te zijn. Dikwijls kunnen naast de paniekstoornis met agorafobie tegelijkertijd ook andere aandoeningen worden gediagnostiseerd. Ook ontwikkelen dergelijke andere aandoeningen zich bij veel patiënten niet gelijktijdig, maar gedurende een andere periode in het leven. Onderzoek naar comorbiditeit wordt veelal uitgevoerd binnen klinische populaties, waarbij wordt nagegaan of gelijktijdig met de hoofddiagnose een andere, aanvullende diagnose kan worden gesteld. Ook uit epidemiologisch onderzoek zijn echter gegevens over comorbiditeit bekend.

Het frequent samengaan van paniekstoornis met agorafobie met andere klachten zou consequenties kunnen hebben voor de behandeling.

Wellicht helpt exposure in vivo beter bij 'simpele agorafobie', waarbij niet of nauwelijks sprake is van comorbiditeit, dan bij 'complexe agorafobie' die wel een hoge comorbiditeit kent (Goldstein & Chambless, 1978). Paniekstoornis met agorafobie blijkt een hoge comorbiditeit te hebben met andere angststoornissen; met sommige somatoforme stoornissen; met depressie; met verslavingen; met afhankelijke persoonlijkheidskenmerken; en, volgens sommigen, met problemen in de partnerrelatie. Hieronder wordt kort ingegaan op de aandoeningen welke relevant zijn voor het huidige onderzoek.

### 2.7.1 *Depressie*

Agorafobici blijken in diverse onderzoeken matig tot ernstig depressief te zijn (Williams, 1985; Katon, 1991). In de ECA-studie, bleek een derde van de patiënten met een angststoornis ook ooit een depressieve of dysthyme stoornis te hebben doorgemaakt (Wittchen & Essau, 1991).

Dikwijls is depressie niet secundair aan paniekstoornis, maar heeft zij een min of meer autonoom beloop (Katon et al., 1986). Marks (1987a) beschouwt agorafobie en depressie dan ook als twee interacterende maar onderscheiden aandoeningen.

Van depressie wordt dikwijls verondersteld dat zij van invloed is op de klachtgerichte behandeling van paniekstoornis met agorafobie (Watson et al., 1973; Zitrin et al., 1980; Marks, 1987a; Jansson et al., 1987).

Marks, bijvoorbeeld, meent dat exposure in vivo pas maximaal kan werken bij fobici die niet depressief (meer) zijn. Wanneer de depressiviteit op de voorgrond staat, zou daarom eerst de depressie behandeld moeten worden voordat de fobische klachten voor therapie toegankelijk zijn (Marks, 1987a). Sommige auteurs vinden echter geen verband tussen depressiviteit en de effecten van behandeling op agorafobie (Emmelskamp & Kuipers, 1979; Emmelskamp & Van der Hout, 1983; Barlow et al., 1984b).

### *2.7.2 Problemen in de partnerrelatie*

Bij comorbiditeit stelt men over het algemeen eerst vast of bepaalde klachten de neiging hebben met elkaar samen te gaan. Vervolgens onderzoekt men de aard van die samenhang en de mogelijke verklaringen hiervoor. Bij problemen in de partnerrelatie heeft men in zekere zin de omgekeerde weg gevolgd. Op grond van klinische impressies en theoretische overwegingen werd allereerst een specifieke samenhang tussen agorafobie en de kwaliteit van de partnerrelatie verondersteld. Pas later is men empirisch nagegaan in hoeverre ook werkelijk sprake was van comorbiditeit.

Over de aard van de (mogelijke) samenhang tussen agorafobie en een specifieke partnerrelatie bestaan twee, aan elkaar verwante, theorieën. In het ene geval neemt men aan dat de fobische klachten dienen om een evenwicht te handhaven in een anders onevenwichtige relatie. In het andere geval veronderstelt men dat de klachten ertoe dienen om de 'gezonde' partner (die in feite dus niet zo gezond is) te beschermen (Vandereycken, 1984). Agorafobie heeft in beide gevallen dus een functie in de partnerrelatie.

Beide theorieën veronderstellen een duidelijk samengaan van agorafobie en een problematische en/of onbevredigende partnerrelatie. Een eventuele verbetering in de fobische problematiek zal op één of andere manier een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van deze relatie. Een verdergaande mogelijke implicatie is, dat de agorafobische problemen niet kunnen verminderen zolang niet eerst de partnerrelatie is gewijzigd (Hafner, 1977; Milton & Hafner, 1979).

In empirisch onderzoek worden hieromtrent verschillende resultaten gevonden. Arrindell vindt geen comorbiditeit tussen interactionele problemen en agorafobie. Partners van fobische patiënten verschillen noch van partners van andere psychiatrische patiënten noch van die van niet-psychiatrische patiënten in termen van emotionele problemen en persoonlijkheidskenmerken. De huwelijksatisfactie van beide partners in 'agorafobische relaties' komt meer overeen met die van 'gelukkige paren' dan met die van paren met 'andere psychiatrische problemen' of met die van 'probleemparen'. De kwaliteit van de huwelijksrelatie heeft ook geen invloed op de effecten van exposure-therapie. Evenmin wordt

de huwelijksrelatie slechter wanneer de agorafobische klachten na een therapie verminderen (Arrindell, 1987). Himadi komt tot vergelijkbare conclusies (Himadi et al., 1986). Marks geeft op grond van dergelijke bevindingen de voorkeur aan een symptoomgerichte aanpak bij agorafobie, ongeacht de kwaliteit van de partnerrelatie (Marks, 1987a).

De meningen zijn echter niet eensluidend. Dat agorafobische paren zichzelf als gelukkig beschouwen, wordt immers ook voorspeld door de theorie dat fobische klachten de relatieproblemen naar de achtergrond moeten drukken (Lange & Van Dijk, 1991). Bovendien hebben andere onderzoekers dan Arrindell en Himadi meerdere keren geconstateerd dat een slechte huwelijksrelatie de kansen op een succesvolle behandeling van de fobie wel degelijk verlaagt (Hafner, 1977; Monteiro et al., 1985).

Toch overheerst tegenwoordig de mening dat de partnerrelatie en agorafobie minder met elkaar van doen hebben dan lange tijd is gedacht. Dit hoeft echter niet te weerspreken dat het zinvol kan zijn om partners in te schakelen bij de behandeling als co-therapeut. Hoewel, bijvoorbeeld, van Dijk (1986) en Emmelkamp (Emmelkamp et al., 1989; Emmelkamp et al., 1992) niet overtuigd zijn van het nut hiervan, pleiten andere auteurs wel voor het inschakelen van partners in een verder vooral klachtgerichte behandeling (Arnou et al., 1985; Barlow, 1988). Barlow stelt dat het voor 'gelukkige paren' inderdaad niet uitmaakt of de partner wel of niet bij de behandeling wordt betrokken. Bij 'ongelukkige paren' echter zou het inschakelen van de partners wel degelijk een gunstig effect hebben op het beloop van de fobie (Barlow et al., 1984a; Barlow, 1988).

Er moet worden geconcludeerd dat huwelijkssatisfactie en (paniekstoornis met) agorafobie wellicht niet heel veel met elkaar te maken hebben. Het is echter voorbarig om te zeggen dat beiden in het geheel niet met elkaar samenhangen. Met name is het mogelijk dat een slechte huwelijksrelatie een zekere invloed kan hebben op de resultaten van een klachtgerichte behandeling.

### *2.7.3 Sociale angst*

Paniekstoornis met agorafobie en sociale fobie komen dikwijls samen voor. Van Zuuren (1989) stelt bovendien vast dat er een belangrijke overlap bestaat tussen agorafobie en sociale fobie. Zij meent dat het zinvol is om naast de agorafobici en de sociaalfobici een groep te onderscheiden die zij 'situatiefobici' noemt. Bij deze groep is sprake van een cumulatie van agorafobische en sociaal fobische klachten.

Barlow gaf in een studie bij 41 agorafobici (volgens DSM-III-criteria) de helft van de patiënten één of meer extra angstdiagnoses. Bij achttien

procent werd sociale fobie als additionele diagnose gesteld (Barlow et al., 1986). In een later onderzoek (n=132) werden vergelijkbare resultaten gevonden (Sanderson et al., 1987). De Ruiter (1989) onderzocht volgens een zelfde stramien als Barlow een groep Nederlandse patiënten. Van de patiënten met de primaire diagnose paniekstoornis met agorafobie (n=56) kon bij negen procent de aanvullende diagnose sociale fobie worden geconstateerd.

Sommige auteurs vonden een relatie tussen de mate van assertiviteit (een variabele die is geassocieerd met sociale angst) en het resultaat van een op agorafobie gerichte behandeling (Thorpe & Burns, 1983). Andere auteurs vonden zo'n relatie echter niet (Emmelkamp, 1980; Emmelkamp & Kuipers, 1979).

## 2.8 Enkele modellen voor het ontstaan en voortbestaan van paniekstoornis met agorafobie

Welke theoretische modellen verklaren het ontstaan en het voortbestaan van paniekstoornis met agorafobie?

Voor het huidige onderzoek zijn drie modellen relevant. Het conditioneringsmodel beschrijft hoe bepaalde situaties door een proces van klassieke conditionering angstwekkend zijn geworden en hoe aangeleerd vermijdingsgedrag dit angstverwekkend effect vervolgens in stand kan houden. In dit 'twee-factoren-model' wordt vermijding gezien als de factor die vooral verantwoordelijk is voor het voortbestaan van de stoornis. Vermijding is ook het belangrijkste aangrijpingspunt voor therapie.

Het cognitieve model kent in zijn verklaring en behandeling een meer centrale plaats toe aan foutieve interpretaties. Paniekpatiënten zouden de neiging hebben bepaalde lichamelijke sensaties op een catastrofale wijze te interpreteren. Hierdoor zou paniek ontstaan. Agorafobische vermijding zou een poging zijn om zoveel mogelijk situaties uit de weg te gaan waarin paniek zich zou kunnen voordoen, of waarin het krijgen van een paniekaanval buitengewoon belastend zou zijn.

Herinterpretatie van de panieksensaties is het belangrijkste aangrijpingspunt voor de behandeling die uit deze cognitieve theorie volgt. Het hyperventilatie model benadrukt in eerste instantie een fysiologische verklaring voor paniek. Daarnaast impliceert het model een aantal psychologische variabelen die ook in het conditionerings- en/of het cognitieve model een rol spelen. In het hyperventilatiemodel wordt agorafobische vermijding als een gevolg gezien van de (met hyperventilatie geïdentificeerde) paniekaanvallen.

De modellen worden eerst toegelicht en daarna onderling vergeleken.

### *2.8.1 Het (reflexmatige) conditioneringsmodel*

De meest traditionele gedragstherapeutische verklaring voor het ontstaan en voortbestaan van fobieën is gebaseerd op Mowrers twee-factoren-theorie (Mowrer, 1947). Deze theorie veronderstelt een leerproces dat uit twee fases bestaat. Tijdens de eerste fase verkrijgen verschillende, oorspronkelijk emotioneel neutrale situaties een specifieke betekenisvolle lading. Deze ontstaat ten gevolge van een proces van klassieke conditionering. Wanneer een neutrale stimulus regelmatig samenvalt met een van nature aversieve prikkel (Unconditioned Stimulus of UCS), lokt de neutrale stimulus na verloop van tijd een angstreactie uit die vergelijkbaar is met die welke de aversieve prikkel zelf uitlokt. Vanaf dat moment wordt de neutrale prikkel de geconditioneerde stimulus (Conditioned Stimulus of CS) genoemd, terwijl de angstreactie welke deze uitlokt, de geconditioneerde reactie (Conditioned Response of CR) heet. De natuurlijke reactie op de UCS staat bekend als de ongeconditioneerde reactie (Unconditioned Response of UCR).

Het kernpunt van Mowrers theorie over vermijding is, dat de CS een geconditioneerde emotionele reactie (Conditioned Emotional Response of CER) uitlokt die voor de betrokkene aversief is. Door te ontsnappen aan de CS houdt de CER op. Dit ophouden van de CER is belonend. Ontsnappen aan de CS wordt dus bekrachtigd en deze bekrachtiging zal vervolgens het ontsnappen in stand houden. Ontsnappen noemt men de geconditioneerde vermijdingsreactie (Conditioned Avoidance Response of CAR). Dit proces wordt dikwijls in het volgende schema weergegeven: CS-CER-CAR-Sr. Sr is daarbij het symbool voor de reinforcer, c.q. het ophouden van de (aversieve) CER. Doordat steeds eerder aan de CS wordt ontsnapt, gaat ontsnapping geleidelijk over in het vermijden van de CS. De CR dooft weer uit wanneer de CS een aantal keren zonder UCS wordt gepresenteerd. In experimenteel onderzoek met dieren belet men óf het proefdier te ontsnappen aan de CS onder weglating van de UCS (respons-preventie), óf men laat de CS ook na ontsnapping voortduren. Zolang er, als gevolg van vermijding, onvoldoende blootstelling (exposure) aan de CS optreedt, kan de CER niet uitdoven waardoor de angst voor de CS en dus ook de vermijding blijft voortbestaan (Eelen, 1988).

Het is intuïtief aantrekkelijk om Mowrers model toe te passen op het ontstaan en voortbestaan van fobieën. Een agorafobische situatie als de supermarkt wordt daarbij als CS beschouwd, welke bij de patiënt angst (CER) uitlokt. Angst wordt gereduceerd door aan de supermarkt te ontsnappen. Ontsnappen gaat geleidelijk aan over in vermijden (CAR). De angstreductie (Sr) ten gevolge van ontsnapping en vermijding werkt



bekrachtigend op deze gedragingen, waardoor zowel angst voor de supermarkt als de (neiging tot) ontsnapping eraan blijven voortbestaan. Eén van de aan dit model ontleende therapeutische implicaties is dat de patient moet worden blootgesteld aan de vermeden supermarkt, waardoor de angst ervoor kan uitdoven. In feite beoogt men zo onbekrachtigde CS-exposure te bewerkstelligen.

Op dit model is een groot aantal variaties ontwikkeld. In een aantal daarvan worden copingvaardigheden, waaronder ontspanning ten aanzien van de gevreesde situaties aangeleerd (Goldfried, 1971; Ost, 1987b). Door de introductie van coping vervaagt overigens het toch al vage onderscheid tussen conditioneringsmodellen enerzijds en cognitieve modellen en het hyperventilatiemodel anderzijds.

Mowrers twee-factoren-model gaat uit van een reflexmatige visie op conditionering. In deze visie is conditionering een proces waarbij automatisch nieuwe S-R koppelingen ontstaan, zolang CS'en maar vaak genoeg samen vóórkomen met UCS'en welke een duidelijke UCR uitlokken. Tegenwoordig acht men binnen de experimentele psychologie vrij algemeen een uitsluitend reflexmatige verklaring voor conditionering niet langer houdbaar (Mackintosh, 1983; Eelen, 1988; Rescorla, 1988). Ook waar het gaat om het verklaren van het ontstaan en voortbestaan van agorafobie is er voor het oorspronkelijke twee-factoren-model weinig empirische steun gevonden. Zo blijkt regelmatige 'natuurlijke' confrontatie met de gevreesde situatie (CS) dikwijls niet tot uitdoving te leiden waar die op grond van het model wel zou worden verwacht (Rachman, 1977; Eysenck, 1979). Ook kan de meerderheid van de patiënten achteraf geen aversieve gebeurtenis (UCS) tijdens het ontstaan van hun klachten rapporteren (Buglass et al., 1977; Marks, 1977; Rimm et al., 1977). Waar patiënten zeggen zich zo'n traumatisch voorval ten tijde van het ontstaan van de fobie wel te herinneren, wordt meestal de eerste paniekaanval zelf genoemd (Ost & Hugdahl, 1981). Paniek is echter in eerste instantie een respons en geen stimulus en kwalificeert zich daarmee dus niet als een UCS. De eerste paniekaanval zal dus door een specifieke gebeurtenis veroorzaakt moeten zijn. Dergelijke stimuli (UCS'en), welke direct voorafgaan aan het ontstaan van de eerste angst- of paniekaanval, worden in de meerderheid van de gevallen echter niet herinnerd (Ost & Hugdahl, 1983).

Ondanks deze kritiek op het twee-factoren-model is de behandelmethode welke op dit model is terug te voeren, exposure in vivo al dan niet gecombineerd met copingvaardigheden, de meest toegepaste en meest succesvolle gedragstherapeutische interventie bij (paniekstoornis met) agorafobie. Men hanteert dan niet meer het verklaringsmodel voor het ontstaan en voortbestaan van paniekstoornis met agorafobie, men gaat

uit van de bewezen effectiviteit van de behandelmethode en richt het onderzoek op het perfectioneren ervan (Emmelkamp, 1982; Marks, 1987a).

### *2.8.2 Het cognitieve model*

Het behavioristische leermodel gaat uit van een automatische koppeling tussen stimulus en respons. Het belangrijkste kenmerk van een cognitieve verklaring is dat men een verwerkingsproces veronderstelt tussen het waarnemen van de stimulus en het (doen) optreden van de respons. Over de aard van die verwerkingsprocessen lopen de meningen uiteen. In het algemeen stelt een cognitief model van paniek (en agorafobie) de misinterpretatie van lichamelijke sensaties centraal (Teasdale, 1988). Paniekpatiënten zouden ertoe neigen dergelijke sensaties op een catastrofale wijze te interpreteren. Een versnelde hartslag wordt dan beschouwd als een naderend hartinfarct. Dergelijke misinterpretaties zijn verantwoordelijk voor de paniekaanval. Als consequentie van dit model richt de cognitieve behandeling van paniek zich vooral op het beïnvloeden van de foutieve interpretatie. Diverse methodes zijn hiertoe ontwikkeld. Naast 'zuiver cognitieve' technieken als het uitdagen van dysfunctionele gedachten (Beck & Emery, 1985), worden ook op het gedrag gerichte technieken geacht in te werken op het cognitieve systeem. Tijdens paniekmanagement (Goldfried, 1986; Barlow & Cerny, 1988) leert de patient controle te krijgen over paniekaanvallen. Hierdoor wordt de catastrofale interpretatie gecorrigeerd.

De cognitieve theorie over paniek is over het algemeen specifiek in het verklaren van het voortbestaan van paniek en in het ontwikkelen van modellen voor het beïnvloeden ervan, dan in het verklaren van het ontstaan van de klachten. Veel auteurs gaan ervan uit dat een eerste paniekaanval vrij toevallig kan ontstaan. Normale angstreacties, hormonale schommelingen, duizeligheid ten gevolge van een orthostatische bloeddrukdaling, emotionele reacties en vele andere gebeurtenissen kunnen specifieke lichamelijke symptomen veroorzaken die de aanleiding kunnen zijn voor de eerste angstaanval (Clark, 1988; Ehlers & Margraf, 1989). Volgens de cognitieve theorie ontstaat echter pas paniek, wanneer de patient deze lichamelijke sensaties op catastrofale wijze interpreteert. Wanneer eenmaal een eerste paniekaanval heeft plaatsgevonden, is de aanstaande patient alert op allerlei (lichamelijke) signalen die een mogelijke volgende paniekaanval aankondigen. Behalve dat deze waakzaamheid de waarnemingsdrempel voor lichamelijke sensaties verlaagt, is zij dikwijls ook de oorzaak van de gevreesde lichamelijke sensaties (Beck, 1988).

De vraag blijft echter waarom paniekpatiënten in eerste instantie lichamelijke sensaties catastrofaal interpreteren, waar mensen die geen

paniekstoornis ontwikkelen dat (blijkbaar) niet doen. Clark (1988) suggereert dat paniekpatiënten mogelijk een karakteristieke neiging hebben om lichamelijke sensaties op catastrofale wijze te interpreteren. Empirisch onderzoek lijkt er echter op te wijzen dat een dergelijke neiging zich bij veel patiënten pas na de eerste paniekaanval ontwikkelt (Barlow & Craske, 1988). Wel is er, voorafgaand aan de eerste paniekaanvallen, dikwijls sprake van een periode van stress. Deze is vaak een gevolg van ziektes, verwondingen of operaties, van verbroken relaties, of van financiële problemen (Barlow, 1988). Barlow meent dat deze stressfactoren heel goed verantwoordelijk kunnen zijn voor het ontstaan van de eerste paniekaanvallen. Foutieve attributieprocessen en conditionering kunnen vervolgens leiden tot verkeerde associaties en (dus) tot klachten. Enkelvoudige fobici zouden hun paniekaanvallen associëren met externe stimuli (de 'fobische objecten'), terwijl paniekpatiënten hun ervaringen, via interoceptieve conditionering (Razran, 1961), in verband brengen met lichamelijke cues. Enkelvoudige fobiepatiënten zouden de door hen gevreesde externe stimuli relatief effectief kunnen vermijden. Patiënten die lijden aan paniekstoornis kunnen hun interne fobische cues minder gemakkelijk uit de weg gaan. Zij zouden op hun beurt situaties gaan mijden waarin zij óf gemakkelijk in paniek kunnen raken, óf waar paniekaanvallen extra belastend zouden zijn, omdat er geen hulp aanwezig is en omdat niet gemakkelijk aan de betreffende situatie kan worden ontsnapt. Vanuit de paniekstoornis heeft zich dan een paniekstoornis met agorafobie ontwikkeld (Barlow, 1988).

### *2.8.3 Het hyperventilatiemodel*

Een speciaal verklaringsmodel voor het ontstaan en voortbestaan van paniekstoornis met agorafobie is het hyperventilatiemodel. DSM-III-R vermeldt hyperventilatie niet als een aparte stoornis. Hyperventilatie is op zichzelf ook geen psychiatrische ziekte, al wordt de aandoening frequent in de psychiatrische praktijk gezien en behandeld.

Hyperventilatie is een ademhalingspatroon waarbij relatief te veel kool-dioxide wordt uitgeademd. Dit gebeurt wanneer de ademhaling te diep en/of te snel is in relatie tot de fysieke inspanning die op dat moment wordt verricht. Door het relatieve verlies van kooldioxide daalt de arteriele kooldioxide-spanning zodat het homeostatisch ademhalingsmechanisme tijdelijk nog verder wordt ontregeld. Er ontstaat een zichzelf versterkend proces, waardoor de angst van de patient steeds verder kan oplopen. Tijdens een hyperventilatie-aanval kan een grote diversiteit aan symptomen ontstaan welke zeer angstwekkend kunnen zijn. Bewusteloosheid en tetanieën komen voor, regel zijn zij echter niet (Barlow, 1988). Vaker is sprake van, onder andere, duizeligheid, hartkloppingen, benauwdheid en paresthesiën.

De verzameling klachten welke door hyperventilatie wordt veroorzaakt noemt men het hyperventilatie syndroom (HVS) (Garssen et al., 1992). De HVS-symptomen lijken sterk op die van paniek. Bovendien ontstaat dikwijls, evenals dat bij paniek het geval kan zijn, angst voor de angst. Om deze redenen is wel verondersteld dat paniek dikwijls 'eigenlijk' hyperventilatie is (Lum, 1981; Ley, 1988). Klinisch wordt bij veel paniekpatiënten het HVS vastgesteld. Veel behandelmethodes van paniek zijn daarom gericht op het leren beheersen van hyperventilatie (Hoogduin, 1977; Clark et al., 1985; Lange, 1987a). Evenals dat het geval is in het cognitieve model, ziet het hyperventilatie model agorafobische vermijding als een gevolg van de (angst voor) paniek. De patiënt gaat situaties mijden waar de kans op paniek groot is, of waarin het krijgen van een paniekaanval extra belastend is.

Het hyperventilatie model is dus in de eerste plaats een fysiologisch model. De klachten zouden ontstaan ten gevolge van een fysiologische ontregeling. De aansluitende behandeling is allereerst gericht op het voorkómen en/of compenseren van deze ontregeling. Dit wordt bewerkstelligd door het ademhalingspatroon van de patiënt te wijzigen. Zowel in het ontstaan en voortbestaan als in het behandelen van de klachten vallen echter ook verschillende psychologische aspecten op.

Het hyperventilatie model geeft een duidelijke verklaring voor zowel het ontstaan van paniek als het voortbestaan ervan. Het voorspellend vermogen van de theorie is echter minder sterk. Waarom ontwikkelen veel mensen na een hyperventilatie-aanval geen HVS en sommige anderen wel? Dikwijls veronderstelt men dat het uiteindelijk cognitieve factoren zijn die bepalen of iemand HVS zal ontwikkelen of niet. Paniekpatiënten zouden de neiging hebben de met hyperventilatie gepaard gaande arousal catastrofaal te interpreteren (Donnell & McNally, 1989; Margraf, 1993). Daarmee is het hyperventilatiemodel in feite een speciale uitwerking van de cognitieve theorie van paniek geworden. Men kan ook proberen het hyperventilatie model in te passen in een Pavloviaans conditioneringsmodel. Via interoceptieve conditionering (Razran, 1961) zouden door hyperventilatie veroorzaakte lichamelijke sensaties als CS'en geassocieerd zijn geraakt met een volledige hyperventilatie-aanval (van den Hout, 1988).

De laatste jaren komt men overigens terug op het standpunt dat paniek dikwijls 'eigenlijk' hyperventilatie is. Tijdens spontaan optredende paniekaanvallen kan men vaak geen hyperventilatie vaststellen. Waar dat wel het geval is, moet men soms besluiten dat de hyperventilatie niet zozeer de oorzaak is van de paniekaanval maar veeleer een begelei-

dend verschijnsel ervan (Hibbert & Pilsbury, 1989; Garssen et al., 1992).

#### *2.8.4 Vergelijking van de modellen*

In de drie hierboven beschreven modellen voor paniekstoornis met agorafobie neemt het hyperventilatie model een enigszins aparte plaats in. Het is allereerst een fysiologisch en geen psychologisch verklaringsmodel. Veel psychologische mechanismen kunnen echter in het model worden ondergebracht. Wanneer men benadrukt dat misinterpretatie van symptomen van hyperventilatie een noodzakelijk onderdeel is van het model, kan het hyperventilatie model worden beschouwd als een speciale uitwerking van het cognitieve model. Wanneer de nadruk meer wordt gelegd op de automatische, interoceptief geconditioneerde associatie tussen symptomen van hyperventilatie en angst, past het hyperventilatie model ook in het conditioneringsmodel.

In theoretisch opzicht verschillen het (reflexmatige) conditioneringsmodel en het cognitieve model op één essentieel aspect en op één minder cruciaal punt van elkaar. Daarnaast zijn er veel overeenkomsten. Het essentiële verschil tussen het cognitieve model en het conditioneringsmodel heeft betrekking op de aard van de relatie tussen het gevaarsignaal en het gevaar zelf (tussen CS en UCS in conditioneringstermen). Het klassieke behavioristische conditioneringsmodel gaat uit van een automatische koppeling tussen CS en CR. Reflexmatig wordt, na conditionering, de CS (onbewust) geïdentificeerd met de UCS, waarna deze automatisch een aan de UCR gelijkaardige reactie (CR genaamd) gaat uitlokken. Exposure-therapie is gericht op doorbreking van deze automatische CS-CR koppeling. Het cognitieve model, daarentegen, gaat niet uit van een automatische CS-CR koppeling. Tussen het optreden van het gevaarsignaal en de angstreactie vindt een proces plaats van interpretatie. Cognitieve therapie richt zich in de eerste plaats op het beïnvloeden van deze interpretatie.

Het minder cruciale verschilpunt tussen de modellen betreft het signaal dat voor de patiënt gevaar voorspelt. Bij het conditioneringsmodel hebben vanaf het begin externe stimuli centraal gestaan in de theorievorming. Volgens het twee-factoren-model is het dan ook de straat, of de supermarkt die de CER, de emotionele (angst of paniek)reactie, bij de agorafobische patiënt uitlokt. Volgens het cognitieve model en het hyperventilatiemodel, daarentegen, voorspelt een intern signaal gevaar. Specifieke lichamelijke sensaties zijn de voorbodes van een mogelijke paniekaanval. Vanuit dit verschil valt het te begrijpen, dat conditioneringsmodellen dikwijls geen kwalitatief onderscheid maken tussen angst en paniek, waar cognitieve benaderingen dat vaak wel doen. Dit verschil tussen beide modellen is echter niet essentieel. Al in 1961 beschreef Razran de procedure van interoceptieve conditionering.

Paniekstoornis kan dan ook goed in Pavloviaanse termen worden beschreven: één of ander lichamelijk substraat (bijvoorbeeld: lactaat) is de UCS die primair tot de UCR paniek leidt; begeleidende lichamelijke sensaties kunnen vervolgens als CS gaan fungeren; tenslotte is paniek de CR welke door de betreffende lichamelijke sensaties wordt uitgelokt (Seligman, 1988).

Tot in de jaren '70 werden conditionering en cognitief leren gezien als twee tegengestelde verklaringen voor het verwerven van kennis en vaardigheden. Zowel binnen de experimentele leerpsychologie als binnen de gedragstherapie is de laatste twintig jaar evenwel een 'cognitieve revolutie' op gang gekomen. Meerdere auteurs hebben gewezen op overeenkomsten in beide verklaringsmodellen (Eelen, 1982; Davey, 1983). Tussen gedragstherapie en cognitieve therapie zijn de verschillen inmiddels zozeer overbrugd, dat de Europese organisatie voor gedragstherapie EABT tegenwoordig officieel EABCT heet. De C staat daarbij voor 'Cognitive'.

De toenadering heeft enerzijds het karakter van een integratie. Cognitieve technieken en interventies welke voortkomen uit een conditioneringsvisie, worden daarbij samengevoegd in één behandelpakket. Anderzijds leidt de toenadering ook tot nieuwe benaderingen van en opvattingen over oude theorieën. Conditionering wordt dan, bijvoorbeeld, so wie so als een cognitief fenomeen benaderd. Aan het begrip cognitie wordt dan een ruimere betekenis toegekend, dan welke men er meestal binnen de cognitieve therapie aan heeft gegeven. Eelen (1988) beschrijft de ontwikkelingen hiervan binnen de experimentele psychologie. Elders wordt een poging gedaan deze ontwikkelingen naar de praktijk van de gedragstherapie te vertalen (Korrelboom & Kernkamp, 1993). Korrelboom beschrijft enkele mogelijke implicaties van zo'n cognitief conditioneringsmodel voor diagnostiek en behandeling van paniekstoornis met agorafobie (Korrelboom et al., 1993).

In de gangbare behandeling van paniekstoornis met agorafobie kunnen de overeenkomsten tussen cognitieve therapie en gedragstherapie vaak gemakkelijk worden aangewezen. Een cognitieve techniek als het 'gedragsexperiment' (Clark, 1989) bevat duidelijk een element van 'onbeachtigde blootstelling', terwijl 'exposure-therapie' vaak een verandering van interpretatie impliceert.

Waar coping-vaardigheden worden toegepast wordt het onderscheid tussen de toepassing van cognitieve- en conditioneringstheorieën nog minder scherp. Dat geldt niet alleen voor behandelmethodes waarin de therapeut doelbewust zijn patiënt leert coping toe te passen. Men kan met recht veronderstellen dat de patiënt, eenmaal in een angstwekkende

situatie gebracht, uit zichzelf zal proberen die situatie zo goed mogelijk het hoofd te bieden met behulp van coping (Goldfried, 1986).

## 2.9 Samenvatting en conclusies

Paniekstoornis met agorafobie komt in de praktijk van de ambulante psychotherapie frequent voor. De differentiele diagnose met andere angststoornissen, met enkele somatoforme stoornissen en met depressie is soms moeilijk. Zonder behandeling blijven de klachten gewoonlijk voortbestaan. Ook na een als geslaagd te beschouwen gedragstherapeutische behandeling, verdwijnen de klachten echter zelden helemaal. Paniekstoornis met agorafobie heeft een hoge comorbiditeit met een aantal andere stoornissen. Het is mogelijk dat de aanwezigheid van één of meerdere van deze klachten de effectiviteit van een puur op agorafobie gerichte behandeling beïnvloedt.

Een aantal modellen tracht het ontstaan en voortbestaan van paniekstoornis met agorafobie te verklaren. Het (reflexmatige) conditioneringsmodel lijkt het ontstaan van paniekstoornis met agorafobie niet afdoende te verklaren. Het model heeft echter wel geleid tot een effectieve behandelmethode, namelijk exposure in vivo. Het cognitieve model is beloftevol, vooral waar het gaat over het mechanisme dat paniek doet voortbestaan. Het hyperventilatie model kan zowel als een speciale vorm van het conditioneringsmodel worden beschouwd als van het cognitieve model. Nadat men lange tijd heeft verondersteld dat hyperventilatie een belangrijke causale factor was in het ontstaan en voortbestaan van paniek, is men daarop teruggekomen. Dat wil echter niet zeggen dat er geen enkel verband bestaat tussen paniek en hyperventilatie.

In de praktijk bestaan vrijwel geen zuiver cognitieve of zuiver op conditionering gebaseerde behandelmethodes. Mogelijke effecten van de diverse onderdelen van behandelingen kunnen dikwijls zowel vanuit een cognitief model als vanuit een conditioneringsmodel worden verklaard. De mogelijke effectiviteit van behandelmethodes welke voortkomen uit het hyperventilatiemodel kan daarnaast worden begrepen, door te veronderstellen dat deze behandelmethodes wijzigingen teweeg brengen in specifieke fysiologische processen.

Op grond van de in dit hoofdstuk weergegeven literatuurbevindingen lijkt het klinisch van belang, om te onderzoeken welke de meest effectieve behandeling is voor paniekstoornis met agorafobie. Daarnaast lijkt

het zinvol om de samenhang tussen comorbiditeit en agorafobie nader te bestuderen.



# HOOFDSTUK 3. DE BEHANDELING VAN PANIEKSTOORNIS MET AGORAFOBIE. EEN VERKENNING VAN DE LITERATUUR

## 3.1 Inleiding

Het identificeren van problemen en het selecteren van bijpassende interventies zijn altijd beschouwd als de voornaamste taken van gedragstherapeuten (Matarazzo, 1971). Veel meer dan de meeste andere therapeutische richtingen, is gedragstherapie altijd primair gericht geweest op interventies. Het rechtstreeks beïnvloeden van klachten heeft daarbij altijd een veel centralere plaats ingenomen dan de therapeutische relatie. Bellack, bijvoorbeeld, beschrijft meer dan honderd probleemgerichte gedragstherapeutische interventies (Bellack & Hersen, 1985).

Als al een rol was weggelegd voor kwalitatieve aspecten van de therapeutische relatie, was deze hoogstens een ondersteunende ten opzichte van de klachtgerichte procedures. Deze visie op therapie veronderstelt een vrij technische, zakelijke benadering van de patiënt. Burger (1994) spreekt over de therapeut als een technicus en instructeur, terwijl Orlemans (1988b) de therapeutische relatie vergelijkt met een werk-overleg. Dat de therapeut in zijn relatie met de patiënt ook nog vriendelijk, beleefd, motiverend en/of empathisch moet zijn is meestal óf als vanzelfsprekend aangenomen óf minder relevant geacht.

Toch wordt de laatste tijd ook binnen gedragstherapie het belang van de therapeutische relatie benadrukt. Dit heeft te maken met invloeden vanuit de directieve therapie waar altijd veel belangstelling heeft bestaan voor de interactionele benadering van patiënten (Lange, 1987b). Bovendien is uit het onderzoek naar placebo-effecten en a-specifieke therapiefactoren naar voren gekomen, dat de aard van de therapeutische relatie ook van invloed kan zijn op de effecten van gedragstherapie (Frances et al., 1985; van Dijk, 1985).

Aansluitend bij de gedragstherapeutische traditie gaat dit hoofdstuk, dat de behandeling van paniekstoornis met agorafobie tot onderwerp heeft, vooral over interventies. Aan het eind zal echter ook worden ingegaan op de kwaliteit van de therapeutische relatie.

De behandeling van paniekstoornis met agorafobie kent een zekere historische ontwikkeling (Clum & Borden, 1989). Toen paniekstoornis nog

niet als een apart syndroom werd onderscheiden, zoals tot en met DSM-II (APA, 1968) het geval was, richtte de gedragstherapeutische behandeling zich vrijwel uitsluitend op de beïnvloeding van angst voor agorafobische situaties. Doorbreken van vermijding met behulp van exposure in vivo bleek hierbij uiteindelijk het meest effectief te zijn (Emmelkamp, 1982; Marks, 1987a).

Toen paniek een belangrijker plaats ging innemen in de classificatie van agorafobie, werd nagegaan of op paniek gerichte behandelingen wellicht beter waren dan exposure in vivo. Men onderzocht, bijvoorbeeld, of exposure kon wedijveren met imipramine. Later vergeleek men de resultaten van meer psychologische interventies ten aanzien van paniek met die van medicatie en/of exposure in vivo. Tenslotte werden combinaties van interventies toegepast. Zulke gecombineerde behandelingen kennen meestal een op paniek gerichte interventie en één die vooral de vermijding moet beïnvloeden. In de bespreking van het onderzoek naar behandelresultaten is deze historische lijn min of meer terug te vinden.

Wat in hoofdstuk 2 het geval was, geldt ook hier: gewijzigde criteria voor het stellen van de diagnose paniekstoornis met agorafobie hebben waarschijnlijk consequenties voor de interpretatie van onderzoeksgegevens. Zonder meer duidelijk zijn die consequenties echter niet. Vóór 1980 werd dikwijls geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende fobieën. Fobici werden dikwijls als één groep beschouwd, ongeacht het type van de fobie. Toen men daarin later, tussen 1980 en 1987, wel onderscheid ging maken, lag de nadruk in de classificatie van agorafobie op vermijding. Na 1987 kreeg paniek meer accent. Het ligt voor de hand dat deze wijzigingen gevolgen hebben gehad voor de samenstelling van onderzoekspopulaties. Dat tast de onderlinge vergelijkbaarheid aan. Een patiënt die vóór 1987 als diagnose paniekstoornis zou hebben gekregen, kan volgens de huidige normen vaak heel goed worden ondergebracht bij paniekstoornis met agorafobie.

Veranderingen in criteria voor diagnostiek hebben nog tot andere consequenties geleid voor het beoordelen van de effectiviteit van interventies. Toen vermijding centraal stond in de diagnostiek, werd therapeutische vooruitgang vooral afgemeten aan een afname in het vermijden door patiënten. Naar paniek als criterium voor effect werd niet of nauwelijks gekeken. Dat veranderde toen paniek eenmaal belangrijker werd geacht in de diagnostiek. Hierbij speelt het probleem dat de in klinisch onderzoek gebruikelijke methode van zelfrapportage minder betrouwbaar en valide lijkt te zijn bij het vaststellen van paniek, dan het geval is bij het bepalen van vermijding (Marks et al., 1993).

Iedere doeltreffende therapeutische interventie beïnvloedt meer dan het mechanisme waarvoor de interventie in eerste instantie is bedoeld. Op angst gerichte interventies, bijvoorbeeld, verminderen dikwijls ook de depressieve stemming van patiënten. In veel fobie-onderzoek worden daarom niet alleen paniek/angst en vermijding als criteria voor het effect geselecteerd. Dikwijls wordt het succes van de behandeling ook afgemeten aan veranderingen in depressie, huwelijksatisfactie, algemeen functioneren, enzovoort. In dit hoofdstuk wordt de nadruk steeds gelegd op de effecten van behandelingen op de criteria paniek/angst en/of vermijding.

In dit hoofdstuk wordt literatuur besproken welke betrekking heeft op gedragstherapie bij paniekstoornis met agorafobie. Voordat dit gebeurt, wordt eerst stilgestaan bij de eisen die aan kwalitatief goed onderzoek moeten worden gesteld en bij de theorie van Lang over de drie respons-systemen waarop effecten van therapie kunnen worden vastgesteld bij angst. Dan worden achtereenvolgens de relevante gedragstherapeutische benaderingen van agorafobie, paniekstoornis en paniekstoornis met agorafobie en hun effecten besproken. Daarna wordt een paragraaf gewijd aan de rol die wordt gespeeld door de kwaliteit van de therapeutische relatie. De slotparagraaf is een samenvatting waarin tevens enkele conclusies worden getrokken met betrekking tot de behandeling van paniekstoornis met agorafobie.

## 3.2 Kwaliteitseisen voor effectstudies

De criteria die voor kwalitatief goed onderzoek moeten worden aangelegd zijn veelomvattend. De belangrijkste worden hierna genoemd. Er moet worden verantwoord aan welke selectiecriteria de proefpersonen moeten voldoen (1). Er moet sprake zijn van gerandomiseerde steekproeven (2). Wanneer niet is gerandomiseerd moet er in ieder geval een voormeting zijn om uit te kunnen maken of de groepen onderling vergelijkbaar zijn (3). Er dient een controle te zijn op de adequaatheid van de behandeling(en) (4). Validiteit en betrouwbaarheid van de verschillende uitkomstvariabelen zijn medebepalend voor de kwaliteit van het onderzoek (5). Naast de effectiviteit dient een kwalitatief goed onderzoek ook eventuele neveneffecten te vermelden (6). Gegevens over weigeraars en dropouts moeten worden weergegeven (7).

Weinig onderzoek voldoet aan al deze eisen. Bovendien zijn sommige onderzoeksgebieden, zoals de psychologische behandeling van paniek, nog zo nieuw dat er nauwelijks tijd is geweest om dergelijk kwalitatief hoogstaand onderzoek te voltooien.

Het onderzoek dat hierna wordt besproken voldoet in beginsel aan zoveel mogelijk van de genoemde criteria. Waar dat in belangrijke mate niet het geval is, wordt dit expliciet vermeld.

### 3.3 Langs theorie over drie respons-systemen bij angst

Veel onderzoek tracht tegenwoordig zo goed mogelijk de theorie van Lang (1968) te volgen, waar het gaat de operationalisatie van het begrip angst. In Langs optiek kan angst in drie verschillende responsystemen worden vastgesteld. Hij maakt daarbij een onderscheid tussen angstig gedrag (bijvoorbeeld: vermijding), angstige gedachten (cognities) of verbalisaties (bijvoorbeeld: 'ik ben bang') en aan angst gerelateerde fysiologische reacties (bijvoorbeeld: een versnelde hartslag). Omdat de drie systemen onderling slechts in beperkte mate samenhangen (Lang, 1985), vormen de drie samen de beste operationalisatie van het begrip angst.

In klinisch onderzoek is het dikwijls moeilijk om Langs theorie geheel te volgen. Vooral het uitvoeren van fysiologische metingen bij patiënten stuit dikwijls op niet te overkómen praktische bezwaren. In die gevallen stelt men zich tevreden met het bepalen van effecten op de twee andere responsystemen.

### 3.4 De behandeling van agorafobie

Fobieën zijn vanaf het begin een belangrijk aandachtsveld geweest binnen de gedragstherapie. Aanvankelijk maakte men daarbij geen onderscheid tussen de verschillende soorten fobieën. Zoals een spinnenfobicus geacht werd bang te zijn voor spinnen, zo meende men dat een agorafobicus bang was voor pleinen en straten.

Hieronder wordt ingegaan op de belangrijkste gedragstherapeutische behandelmethode van agorafobie, namelijk exposure in vivo (EV). Het vertrekpunt voor deze methode is Mowrers twee-factoren-theorie (Mowrer, 1947) geweest. Deze theorie gaat ervan uit dat een neutrale stimulus automatisch een geconditioneerde stimulus wordt, wanneer deze geregeld samen vóórkomt met een betekenisvolle, ongeconditioneerde stimulus. Na conditionering lokt de geconditioneerde stimulus een soortgelijke reactie uit als de ongeconditioneerde (zie 2.8.1).

EV is ontwikkeld vanuit twee, op het oog nogal antagonistische benaderingen om deze automatische S-R koppeling weer ongedaan te maken,

namelijk counterconditionering en flooding. Beide technieken kunnen zowel daadwerkelijk (in vivo) als imaginair (in vitro) worden toegepast. Ze worden eerst kort toegelicht. Daarna wordt nader ingegaan op EV en haar effecten.

### **Systematische desensitisatie**

De door Wolpe (1958) ontwikkelde systematische desensitisatie (SD) is binnen de gedragstherapie lange tijd de meest bekende en meest onderzochte techniek voor angstreductie geweest.

SD probeert op twee manieren de (reflexmatige) S-R associatie tussen de fobische stimulus (CS) en de angstreactie (CR) te doorbreken. Door de CS'en in een hiërarchie aan te bieden, wordt de stimulus in feite 'gedegradeerd'. Tijdens de presentatie van deze 'gedegradeerde' stimuli voert de patiënt bovendien een met de angst-CR incompatibele respons uit. Bij SD is dit een diepe spierrelaxatie. Door deze combinatie van interventies kan de (gedegradeerde) stimulus niet de 'normale' geconditioneerde (angst)respons uitlokken, zodat de oorspronkelijke CS-CR koppeling wordt verzwakt. Een belangrijke veronderstelling van SD is, dat na deze eerste desensitisatie, de volgende stimulus in de hiërarchie een minder uitgesproken respons zal uitlokken dan wanneer deze fase niet had plaatsgevonden. Door tijdens de presentatie van de tweede stimulus opnieuw een antagonistische respons uit te voeren, kan ook deze CS-CR-koppeling worden 'uitgedoofd'. Zo wordt de gehele hiërarchie doorgewerkt, totdat de patiënt de (oorspronkelijk) meest angstwekkende situatie zonder angst kan doorstaan.

Hoewel SD aanvankelijk als 'in vivo' techniek is ontwikkeld, is vooral de imaginaire variant populair geworden. Daarmee wordt meteen aan nog een andere aanname van het SD-model gerefereerd. SD vooronderstelt namelijk dat er geen principieel verschil bestaat tussen angst die wordt opgeroepen door imaginair aangeboden stimuli en angst ten gevolge van in vivo presentaties (Wolpe, 1963). Deze kwestie is omstreden en speelt ook bij de later te bespreken flooding-techniek (Emmelkamp, 1982; James, 1986; Hecker & Thorpe, 1987).

Voor de theoretische onderbouwing van SD baseerde Wolpe zich op het principe van reciproke inhibitie. Deze term verwijst oorspronkelijk naar een neurofysiologisch fenomeen, waarbij de ene motorische reflex het optreden van een andere motorische reflex inhibeert (de Moor, 1969). Wolpe breidde de definitie van reciproke inhibitie echter uit naar een veel ruimer gebied. Veel inhoudelijke argumenten heeft Wolpe hiervoor nooit gegeven (Locke, 1971). Tegenwoordig verwijst men daarom liever naar het theoretisch meer neutrale begrip counterconditionering als verklaring voor de werkzaamheid van SD. Onder counterconditionering wordt verstaan dat een nieuwe, aan de oorspronkelijke reactie incompa-

tibele respons met de aversieve stimulus wordt geassocieerd (Gray, 1987).

Naast counterconditionering zijn andere verklaringen voor de werkzaamheid van SD naar voren gebracht. Zo menen Lader (Lader & Mathews, 1968) en Watts (1979), bijvoorbeeld, dat habituatie ten grondslag ligt aan de afname van angst tijdens SD.

Goldfried (1971) ontwikkelde een variant op Wolpes oorspronkelijke SD-procedure. Kenmerkend voor deze variant is dat angst tijdens de imaginair exposure hoger mag oplopen dan het geval is bij Wolpes werkwijze. Vervolgens leert de patiënt hoe hij zijn angst weer kan laten afnemen. Goldfrieds methode kan daarom als een zelfcontroleprocedure worden gezien (Goldfried, 1986).

SD leek aanvankelijk effectief te zijn bij de behandeling van fobische angst. Er werd echter geen onderscheid gemaakt tussen sociaalfobici, agorafobici en patiënten met een enkelvoudige fobie. Allen werden als één groep beschouwd. Wanneer men echter wel onderscheid ging maken, viel het op dat agorafobici minder goed op SD reageerden dan, bijvoorbeeld, dierfobici (Mathews et al., 1981). Vooral bij patiënten met een ernstige vorm van agorafobie, was de effectiviteit van SD gering (Emmelkamp, 1982; Barlow, 1988). SD geldt tegenwoordig als een methode die voor vele fobieën effectief kan zijn, maar niet zozeer voor agorafobie (Foa & Kozak, 1985; Mineka, 1985).

In een poging om de effectiviteit van SD te verhogen bij het behandelen van agorafobie, ging men na welke onderdelen van de interventie meer en welke minder essentieel waren. Men onderzocht of in vivo presentaties van de CS effectiever waren dan imaginair aangeboden stimuli (Emmelkamp & Wessels, 1975). Men ging het nut na van een hiërarchische aanbieding van stimuli (Mathews & Shaw, 1973). De duur van de blootstelling werd voorwerp van onderzoek (Stern & Marks, 1973), evenals het belang van de antagonistische respons (Marks, 1975) en de mate van angst die al dan niet moest worden uitgelokt (Hafner & Marks, 1976). Tenslotte onderzocht men of de patiënt zelfstandig zijn oefeningen kon doen, of dat begeleiding door een therapeut dan wel partner effectiever zou zijn (Emmelkamp, 1974). Dergelijk onderzoek naar de effectiviteit van de afzonderlijke onderdelen van SD heeft overigens niet uitsluitend betrekking gehad op de behandeling van agorafobie. Dikwijls is gebruik gemaakt van niet-psychiatrische proefpersonen of van patiënten en proefpersonen met andere klachten dan agorafobie.

Uit dit en ander onderzoek is gebleken dat vele elementen in Wolpes oorspronkelijke SD-procedure niet noodzakelijk zijn om de effecten van

SD te verklaren (Emmelkamp, 1982; 1986). Exposure in vivo aan de CS kwam telkens naar voren als de belangrijkste factor in alle effectieve interventies ten aanzien van agorafobie (Marks, 1987a).

## **Flooding**

Als uitvloeisel van de 'implosive therapy' (Stampfl & Levis, 1967) werd flooding aan het eind van de jaren '60 gezien als een effectieve procedure om neurotische angst te reduceren (Emmelkamp, 1989). Tijdens flooding, een methode die is gebaseerd op de in de experimentele psychologie ontwikkelde procedure van 'onbetrachtigde CS-exposure', wordt de patiënt langdurig blootgesteld aan de beangstigende situatie. De interventie wordt meestal gecombineerd met responspreventie. Ontsnappen aan de CS wordt daarbij onmogelijk gemaakt. CS-exposure wordt bij flooding voortgezet totdat de angst is afgenomen. Tijdens flooding neemt angst over het algemeen eerst sterk toe, waarna afname van de CR kan volgen (Rachman, 1969; Marshall et al., 1979). Over de mechanismen die voor deze angstafname verantwoordelijk zijn, verschillen de meningen (Van den Bergh et al., 1989). Habituatie is dikwijls als één van de mogelijke verklaringen genoemd (Marshall et al., 1979). Levis' theorie over het serieel vermijdingsleren (Levis & Boyd, 1979) en verschillende cognitieve visies (Seligman & Johnston, 1973) zijn ook als mogelijke verklaringen naar voren gebracht. Iedere uitleg is echter weer bekritiseerd (Marshall et al., 1979; Mineka, 1979). Hoe flooding werkt is dus nog steeds niet geheel duidelijk. Dat flooding werkt bij de behandeling van fobieën is daarentegen weinig omstreden (Marks, 1987a).

De term flooding wordt vaak nogal nonchalant gebruikt. Soms onderscheidt men flooding van SD door een interventie flooding te noemen, wanneer de patiënt wordt blootgesteld aan situaties die een meer dan minimaal angstniveau oproepen. Tevens ontstaat verwarring door de procedures van imaginaire flooding en in vivo flooding niet duidelijk van elkaar te onderscheiden. Bij imaginaire flooding wordt de patient inderdaad vaak meteen met de meest angstwekkende situaties geconfronteerd. Tijdens in vivo flooding is echter vrijwel altijd sprake van een zekere graduele aanbieding van stimuli. Een uitzondering is wellicht het programma waarmee Fiegenbaum agorafobi behandelt (Fiegenbaum, 1988). Omdat het begrip flooding dus in feite onduidelijk is gedefinieerd, is een eenduidige bespreking van de effecten van deze methode moeilijk.

Marks toonde als één van de eersten in gecontroleerd onderzoek de effectiviteit aan van imaginaire flooding bij een gemengde groep fobici. Vooral bij agorafobi in de groep leek flooding gunstig te werken.

De steekproef was echter klein (Marks et al., 1971). In een meer uitgebreide studie werd de effectiviteit van flooding bevestigd (Gelder et al., 1973; Mathews et al., 1974). Anders dan bij Marks was flooding in dit onderzoek echter niet superieur aan SD.

Aansluitend op deze en andere (al dan niet beperkte) successen gingen men, evenals dat het geval was bij SD, ook van flooding de werkzame factoren onderzoeken. Zo bleek het aanbieden van psychodynamische thema's (hetgeen gebruikelijk was in 'implosive therapy') niet noodzakelijk te zijn (Prochaska, 1971). Langdurige exposure bleek effectiever dan kortdurende (Stern & Marks, 1973). Volgens sommigen was imaginaire flooding minder effectief dan in vivo flooding (Emmelkamp & Wessels, 1975), terwijl anderen geen verschil vonden (Mathews et al., 1976). Uiteindelijk meent echter ook Mathews dat feitelijke blootstelling aan angstwekkende situaties een noodzakelijk onderdeel is van de behandeling van agorafobie (Mathews et al., 1981). Het zo hoog mogelijk opjagen van angst was echter niet noodzakelijk om de effectiviteit van flooding te optimaliseren (Hafner & Marks, 1976).

#### 3.4.1 *Exposure in vivo*

Vanuit een meer operante gedachtengang adviseerde Agras zijn agorafobische patiënten om zich doelbewust en daadwerkelijk bloot te stellen aan angstwekkende situaties. Het doorstaan en overwinnen van angst tijdens deze confrontaties werd uitvoerig geprezen en beloond, terwijl vermijding van de angststimuli tot een neutrale, terughoudende therapeutische reactie leidde. Men veronderstelde dat een dergelijke differentieële bekrachtiging tot doorbreking van de vermijding zou leiden. De eerste resultaten van deze benadering stemden hoopvol (Agras et al., 1968). Later bleek de bekrachtiging van de therapeut geen essentiële bijdrage aan deze effecten te leveren. Exposure aan de gevreesde situatie op zich verklaarde de effecten in voldoende mate (Leitenberg et al., 1970).

Ook uit evaluatie van de onderzoeken bij SD en flooding kwam naar voren dat langdurige blootstelling aan de feitelijke angstwekkende situaties (EV) de meest werkzame factor was bij deze interventies (Marks, 1987a). EV is sinds het begin van de jaren '80 dan ook de geprefereerde gedragstherapeutische behandeling geworden van agorafobie en van veel andere fobische klachten (Emmelkamp, 1989).

Hoewel binnen het EV-principe verschillende varianten zijn ontwikkeld (Emmelkamp, 1974; Mathews et al., 1977; de Haan et al., 1985), kennen de diverse benaderingen veel overeenkomsten. Na inventarisatie en taxatie wordt meestal de rationale van de behandeling aan de patiënt uitgelegd. Dikwijls wordt deze uitleg schriftelijk ondersteund (Mathews



et al., 1981). Vervolgens wordt een angsthiërarchie opgesteld, waarna afspraken met de patiënt worden gemaakt over de wijze waarop en het tempo waarin deze zich aan de verschillende situaties op de hiërarchie zal gaan blootstellen. Vaak wordt de patiënt gevraagd zijn vorderingen en bevindingen tijdens exposure vast te leggen in een dagboek.

#### *3.4.2 Effecten van de behandeling van agorafobie met EV*

De effectiviteit van EV is op verschillende manieren bestudeerd. Er zijn vergelijkingen gemaakt met andere behandelingen, waarbij ook de duurzaamheid van de effecten is onderzocht. Verder ging men de klinische relevantie van de effecten na, terwijl ook werd bekeken op welke wijze EV het beste kon worden toegepast. Onder andere Mathews (Mathews et al., 1981), Emmelkamp (1982), Marks, (1987a) en Barlow (1988) geven overzichten van de bevindingen. In eerste instantie is vooral de vergelijking gemaakt met andere behandelmethodes. 'Prolongued exposure in vivo' bleek vrijwel steeds effectiever te zijn dan placebo; dan interventies waarin geen expliciete confrontatie met angstwekkende stimuli plaatsvindt; dan imaginaire exposure-technieken zoals SD en flooding; dan assertieve training; dan cognitieve therapie en dan relatietherapie. Minder duidelijk valt de vergelijking uit met verschillende farmacologische behandelingen. Met name tricyclische antidepressiva als imipramine blijken dikwijls een gunstige invloed op agorafobie te hebben. In gecontroleerd vergelijkend onderzoek wordt soms vastgesteld dat imipramine betere effecten heeft dan EV, soms wordt het omgekeerde gevonden.

De duurzaamheid van de effecten van EV lijkt bevredigend te zijn. Er zijn diverse lange termijn (vier tot negen jaar) follow-up onderzoeken verricht naar agorafobici die met één of andere vorm van exposure therapie zijn behandeld (Emmelkamp & Kuipers, 1979; Munby & Johnston, 1980; Burns et al., 1986; Lelliot et al., 1987). Als algemeen beeld komt naar voren dat de therapie-effecten relatief duurzaam zijn. Soms is sprake van een (al dan niet tijdelijke) terugval nadat de therapie is beëindigd, andere patiënten verbeteren daarentegen verder tijdens follow-up.

Al met al wordt EV als een redelijk effectieve behandeling beschouwd voor agorafobie. Dropouts buiten beschouwing gelaten is zestig tot zeventig procent van de EV-behandelingen bij agorafobie succesvol (Barlow, 1988). Emmelkamp spreekt van een 'sterke verbetering' bij zeventig tot tachtig procent van de patiënten (Emmelkamp et al., 1990). De interpretatie van de betekenis van deze cijfers wordt echter bemoeilijkt doordat verschillende auteurs verschillende criteria voor vooruitgang hanteren. Bovendien verschillen de meetinstrumenten dikwijls

waarmee effecten worden vastgesteld (Hallam, 1985). Een andere belangrijke vraag bij zowel de effecten van exposure op korte termijn als die op lange termijn heeft betrekking op de klinische relevantie van de verbetering. Ook patiënten die na behandeling een significante vooruitgang vertonen, zijn dikwijls nog goed herkenbaar als agorafobici. Jacobson ontwikkelde een maat om klinische relevantie te bepalen (Jacobson et al., 1984) en paste deze maat toe op een heranalyse van elf eerder gepubliceerde exposure behandelingen bij agorafobie. Volgens het relevantie criterium kon een kwart van de patiënten min of meer klachtenvrij worden ontslagen. Dropouts werden hierbij uit de berekeningen weggelaten (Jacobson et al., 1988).

Men heeft diverse elementen van de exposure procedure onderzocht. Een aantal hiervan is reeds aan de orde gekomen bij de beschrijving van SD en flooding. Enkele van de meest onderzochte elementen in de exposure behandeling zijn: duur van de exposure; wel of niet graduele confrontatie met situaties; individuele behandeling of in groepen; exposure vanuit huis of vanuit de kliniek; aan- of afwezigheid van therapeut of partner tijdens exposure; meer of minder intensieve blootstelling; wel of niet toestaan van vermijding/ontsnapping tijdens exposure. Emmelkamp somt de belangrijkste bevindingen op met betrekking tot effectieve EV-procedures bij de behandeling van agorafobie (Emmelkamp et al., 1989):

- exposure in vivo is effectiever dan imaginaire exposure;
- langdurige exposure is beter dan kortdurende;
- snelle exposure is beter dan langzame;
- frequent oefenen is beter dan gespreid;
- de effectiviteit van exposure in groepen is vergelijkbaar met die van individuele exposure;
- als zelfhulpprogramma is exposure even effectief als wanneer de therapeut bij de oefeningen is ingeschakeld;
- de effecten van exposure zijn blijvend en
- individuele responspatronen hebben geen invloed op de effectiviteit.<sup>1</sup>

Overigens is men vrij algemeen van mening dat alleen EV meestal niet voldoende is om agorafobie te genezen (Marks, 1987a; Michelson & Marchione, 1991). Toch achten ook critici van het exposure-model de interventie redelijk effectief bij de behandeling van agorafobici. Omdat een dergelijke overeenstemming niet bestaat over de wijze waarop EV haar effecten bereikt, is er discussie over de plaats die aan EV moet

---

<sup>1</sup> Hiermee wordt bedoeld dat het voor de effectiviteit van EV niet uitmaakt of angst zich vooral manifesteert in gedrag, in cognitie of in fysiologische reacties

worden toebedeeld in samengestelde behandelingen die meerdere interventies omvatten (Thorpe & Hecker, 1991).

De voorlopige conclusie luidt, dat de werkzaamheid van EV bij agorafobie voorlopig een empirisch gegeven is, zonder dat er een eenduidige, algemeen aanvaarde theoretische verklaring bestaat voor het werkingsmechanisme. Er is evenzeer empirische evidentie, dat in het algemeen agorafobie niet geheel en al verdwijnt door EV.

### 3.5 De behandeling van paniek

Aansluitend op het pionierswerk van Klein (1964) en in zekere zin van dat van Goldstein (Goldstein & Chambless, 1978) is men binnen het agorafobisch syndroom een meer centrale plaats gaan toekennen aan paniek. Paniek wordt daarbij kwalitatief onderscheiden van hevige angst. Dit heeft geleid tot veranderingen in de diagnostische classificatie, zodat agorafobie nu vooral wordt gezien als een complicatie van paniekstoornis (APA, 1987). De accentverschuiving heeft ook gevolgen gehad voor de behandeling. Diverse behandelmethodes zijn specifiek ontwikkeld om paniek te beïnvloeden. Behalve medicatie lijken ook psychologische interventies werkzaam te zijn bij paniek. De psychologische behandeling van paniek wordt dikwijls paniekmanagement (PM) genoemd.

PM bestaat dikwijls uit een aantal verschillende maar met elkaar samenhangende elementen. Theoretische inspiratie voor PM wordt zowel in de conditionerings- als in de cognitieve theorieën gevonden. De conditioneringstheorieën zien vooral exposure als het essentiële element van PM, terwijl cognitieve theorieën het beïnvloeden van de catastrofale wijze waarop paniekcues worden geïnterpreteerd door de patiënt, essentieel achten. De principieel a-theoretische directieve therapie lijkt coping het belangrijkste element van PM te vinden. Het staat nog niet vast welke elementen in PM het belangrijkste zijn (Barlow, 1988; Teasdale, 1988).

Een bijzondere plaats in PM wordt ingenomen door interventies die zijn gericht op de beïnvloeding van hyperventilatie. Men heeft geruime tijd verondersteld dat paniek dikwijls veroorzaakt wordt door hyperventilatie (Clark et al., 1985). Soms heeft men zelfs gemeend dat paniekstoornis en het hyperventilatiesyndroom (HVS) min of meer identiek zijn (Lum, 1981; Ley, 1988). Tegenwoordig hebben de meeste auteurs dit idee verlaten (Garssen et al., 1992). Dat betekent nog niet dat er geen enkele relatie zou bestaan tussen paniek en het HVS (Margraf, 1993). Voor PM ten aanzien van het HVS geldt in belangrijke mate hetzelfde als voor PM in het algemeen: inspiratie voor de interventies wordt

zowel in de conditioneringstheorieën gevonden als in cognitieve uitgangspunten. Bij het HVS worden bovendien fysiologische factoren meer benadrukt.

Hieronder wordt eerst ingegaan op de behandeling van paniek vanuit de conditioneringstheorie. Daarna wordt stilgestaan bij cognitieve interventies. Vervolgens wordt PM ten aanzien van het HVS besproken. Tenslotte worden de belangrijkste resultaten van effectstudies naar de diverse behandelingen van paniek toegelicht.

### *3.5.1 De behandeling van paniek gezien vanuit de conditioneringstheorie*

Binnen de gedragstherapie is paniek lange tijd beschouwd als een hevige angstreactie op een specifieke, externe situatie. Blootstelling aan die situatie (al dan niet gecombineerd met counterconditionering) moest volgens die opvatting leiden tot een afname van die angstreactie.

Wanneer geen kwalitatief onderscheid wordt gemaakt tussen angst en paniek, is de behandeling van paniek vanuit een conditioneringsvisie in feite identiek aan die van fobieën, zoals die hierboven werd beschreven. De therapeut moet de situaties identificeren welke paniek uitlokken, waarna de CS-CR-koppeling vervolgens ongedaan kan worden gemaakt met behulp van EV.

Sommige paniekaanvallen lijken echter 'zomaar' of 'out of the blue' te ontstaan. In dergelijke gevallen is het dikwijls een groot probleem om een externe uitlokkende gebeurtenis te vinden. Mede daarom zijn tegenwoordig andere modellen ter verklaring en behandeling van paniek ontwikkeld. Toch geeft een aantal moderne onderzoekers er de voorkeur aan, om ook bij paniek in eerste instantie te zoeken naar externe uitlokkende stimuli. Aan deze stimuli kan de patiënt vervolgens worden blootgesteld (Marks, 1987a).

Dat het vinden van dergelijke externe stimuli vaak zo moeilijk is, heeft ertoe geleid dat ook vanuit de conditioneringstheorieën een alternatief paniekmodel is ontwikkeld. Men stelt vast dat bij paniekpatiënten vaak sprake is van angst voor interne, interoceptieve cues. Binnen het experimentele conditioneringsonderzoek is al lang het principe van de interoceptieve conditionering bekend. Daarbij worden slechts interoceptief waar te nemen lichamelijke reacties tot een CS gemaakt voor een angstreactie (Razran, 1961). Men meent dat bij paniek sprake is van een vorm van interoceptieve conditionering. Bij de paniekpatiënt leidt het waarnemen van bepaalde interoceptieve signalen tot een paniekreactie (Barlow, 1988). Vanuit deze conditioneringsvisie ligt het voor de hand om paniekpatiënten bloot te stellen aan de interne lichamelijke prikkels waarvoor zij bang zijn, opdat de angst kan uitdoven.

Het is op verschillende manieren mogelijk dergelijke interne prikkels op te wekken. Soms worden hiertoe fysieke inspanningen gebruikt. Hartkloppingen kunnen, bijvoorbeeld, worden uitgelokt door de patiënt op en neer te laten springen. Paniekcues kunnen ook worden opgeroepen door specifieke imaginaire stimuli aan te bieden. Vaak wordt aan de patiënt gesuggereerd daarbij scherp de diverse begeleidende lichamelijke sensaties te observeren (Beck, 1988). Hyperventilatieprovocatie is weer een andere manier om interne panieksignalen te activeren (Hoogduin, 1977).

### *3.5.2 De behandeling van paniek gezien vanuit de cognitieve theorie*

Wat onder cognitie en dus ook onder cognitieve technieken of cognitieve therapie moet worden verstaan, is een vraagstuk op zichzelf (Eelen & Van den Bergh, 1983). Algemeen geldt dat cognitieve verklaringen veronderstellen dat er een (al dan niet bewust verlopend) proces van interpretatie plaatsvindt tussen het waarnemen van de uitlokkende stimulus en de reactie die daarop volgt. Verder veronderstelt men dat beïnvloeding van dat interpretatieproces a) mogelijk is en b) de uiteindelijke reactie kan modificeren.

Kenmerkend voor de cognitieve theorie over paniek is dat de confrontatie met specifieke interne lichamelijke sensaties op zichzelf een onvoldoende voorwaarde is, om een paniekaanval uit te lokken. Die ontstaat pas wanneer dergelijke sensaties op een catastrofale wijze worden geïnterpreteerd (Clark, 1989). De cognitieve behandeling richt zich dan ook met name op de beïnvloeding van dergelijke interpretaties. Daartoe is een breed scala aan interventies ontwikkeld (Beck & Emmery, 1985).

Drie soorten technieken zijn vooral van belang. In de eerste plaats wordt veel waarde gehecht aan uitleg geven en geruststelling bieden. De patiënt wordt uitvoerig geïnformeerd over het ontstaan en de consequenties van paniek. Dit gebeurt op een didactische wijze, waarbij ook dikwijls schriftelijk materiaal wordt verstrekt (Barlow & Cerny, 1988). In het verlengde hiervan worden angstinducerende veronderstellingen van de patiënt over de oorzaken van zijn klachten tegenover nieuwe, geruststellende therapeutische hypothesen daarover geplaatst. Daarna worden beide verklaringen tegen elkaar 'uitgetest'. Dit gebeurt onder andere in gedragsexperimenten. Gedragsexperimenten impliceren exposure aan de gevreesde situatie. Zij behoren daarmee tot een tweede belangrijke groep cognitief-therapeutische maatregelen.

Een derde groep interventies bestaat uit het ontwikkelen van een alternatieve copingstijl om met de gevreesde situaties om te gaan. Hierbij wordt zowel aandacht geschonken aan de cognities van de patiënt, als aan zijn gedrag en zijn fysiologische reacties (Barlow & Cerny, 1988). Omdat met de nieuwe copingstijl vaak geoefend moet worden in angstwekkende situaties, impliceren ook deze interventies meestal exposure.

Vanuit het cognitieve perspectief bezien, is het beïnvloeden van de catastrofale interpretaties van de patiënt het hoofddoel van zowel uitleg als exposure als coping.

### *3.5.3 De behandeling van paniek gezien vanuit het 'hyperventilatiemodel'*

Een tijdlang is wel verondersteld dat paniek dikwijls 'eigenlijk' hyperventilatie is (Lum, 1976; Ley, 1988). Inmiddels is deze mening door de meeste onderzoekers verlaten (Garssen et al., 1992). Dat neemt niet weg dat het HVS bij veel paniekpatiënten kan worden vastgesteld. Vanuit de cognitieve therapie (Clark et al., 1985) en vanuit de directieve therapie (Hoogduin, 1977; Lange, 1987a) zijn behandelmethodes ontwikkeld waarin de patiënt leert hoe hij hyperventilatie kan beheersen. Vergelijkbaar met de eerder besproken cognitieve behandeling van paniek zijn in de meeste 'HVS-therapieën' drie onderdelen te herkennen. De patiënt krijgt geruststellende informatie over zijn klachten, hij leert vaardigheden aan om beter met de klachten om te gaan (coping) en hij wordt blootgesteld aan de gevreesde situatie om met deze vaardigheden te kunnen oefenen. Geruststellende uitleg heeft vooral betrekking op de weliswaar alarmerende, maar in feite ongevaarlijke effecten van de met het HVS gepaard gaande fysiologische ontregelingen. Ademhalings- en ontspanningsvaardigheden behoren vrijwel altijd tot de aan te leren copingvaardigheden. Blootstelling aan de gevreesde lichamelijke sensaties wordt dikwijls tot stand gebracht door hyperventilatie-aanvallen te provoceren.

### *3.5.4 Effecten van de behandeling van paniek*

Er bestaat nog geen algemene overeenstemming over de beste behandelmethode van paniek. Daarom zullen hieronder de effecten van verschillende interventies worden toegelicht, voor zover die relevant zijn voor het huidige onderzoek.

Paniek als effectmaat voor behandelingen is niet onomstreden. Marks vindt paniek een weinig informatief begrip en acht haar als effectmaat problematisch (Marks et al., 1993). Het valt inderdaad op, dat de paniekscore van patiënten in de placebo-, of wachtlijstconditie van gecontroleerd onderzoek soms met zo'n dertig procent afneemt (Barlow et al., 1989; Klosko et al., 1990; Marks et al., 1993).

Een ander probleem bij de interpretatie van effectstudies naar de psychologische behandeling van paniek is, dat er nauwelijks eenduidige interventies zijn toegepast. Dat is met name het geval bij klinisch onderzoek. Aan de meeste interventies kunnen zowel aspecten van exposure als van coping als cognitieve elementen worden onderscheiden (Teasdale, 1988). Bij de volgende bespreking zal toch worden gepro-

beerd om de effecten van de verschillende onderdelen enigszins te ont-  
rafelen.

Volgens de conditioneringstheorie kan paniek met exposure worden behandeld, zolang men paniek niet kwalitatief onderscheidt van hevige angst. Het is daarbij de vraag aan welke stimuli de paniekpatiënt moet worden blootgesteld. Paniek van agorafobici kan als een hevige angstreactie worden beschouwd welke door agorafobische stimuli wordt uitgelokt. Volgens deze visie moet exposure aan agorafobische situaties tot voldoende angstreductie leiden. In het klinische exposure-onderzoek bij agorafobie is echter traditioneel weinig gekeken naar paniek als criterium voor effect.

In een meta-analyse van 34 onderzoeken kon geen significant effect van exposure op paniek worden vastgesteld (Cox et al., 1992). De auteurs schrijven dit echter toe aan factoren die samenhangen met verschillen in de steekproefgrootte van de diverse onderzochte groepen. De effectgrootte van exposure op paniek was in de diverse afzonderlijke onderzoeken in deze meta-analyse inderdaad groot ( $d=1.34$  voor paniekfrequentie en  $d=2.20$  voor ernst van de paniek). Ook uit onderzoek waarin de effectiviteit van medicatie wordt afgezet tegen die van EV, blijkt exposure dikwijls een paniekreducerend effect te hebben (Marks et al., 1983; Mavissakalian et al., 1983; Telch et al., 1985; Marks et al., 1993). Barlow (1988) stelt daarom vast, dat paniek inderdaad wordt gereduceerd door EV aan agorafobische stimuli.

Er is geen gecontroleerd klinisch onderzoek bekend, waarin de effectiviteit van exposure aan interne cues op zichzelf wordt nagegaan, zonder dat ook andere interventies deel uitmaken van de behandeling. In een ongecontroleerde studie bleek tachtig procent van de paniekpatiënten na exposure aan interne cues paniekvrij te zijn (Barlow, 1988). Vanuit een experimentele opzet suggereren enkele bevindingen dat exposure aan interoceptieve (paniek)stimuli op zichzelf paniek kan reduceren. Bonn diende 33 patiënten meerdere malen een (paniekinducerend) lactaat-infuus toe (Bonn et al., 1971). Paniek nam hierna af (vgl. Barlow, 1988). Vergelijkbare resultaten vonden Haslam (1974) en Griez (Griez & van den Hout, 1986) met herhaalde CO<sub>2</sub> inhalatie. Ook Lums bevindingen na vrijwillige hyperventilatieprovocatie (Lum, 1976) en Latimers resultaten na het inhaleren van CO<sub>2</sub> (Latimer, 1977) kunnen worden beschouwd als illustraties van het paniekreducerend effect van blootstelling aan interoceptieve cues (Barlow, 1988).

Of men cognitieve therapie effectief acht in de behandeling van paniek (Barlow, 1988; Teasdale, 1988) of niet (Emmelkamp et al., 1989) hangt deels af van wat men onder cognitieve therapie verstaat (Michelson & Marchione, 1991). Soms noemt men een training in het genereren van

positieve zelfverbalisaties cognitieve therapie (Emmelkamp & Mersch, 1982), dan weer noemt men de modificatie van 'core-beliefs' cognitieve therapie (vgl. Arntz, 1991). Het lijkt zinvol om een onderscheid te maken in de cognitieve niveaus waarop diverse interventies aangrijpen. Er is nog een andere moeilijkheid bij het inschatten van de mogelijke waarde van cognitieve therapie voor de behandeling van paniek. Er bestaat namelijk geen gecontroleerd onderzoek, waarbij 'zuiver' cognitieve interventies worden vergeleken met andere, niet-cognitieve interventies. Aan vrijwel alle cognitieve interventies zijn ook exposure- en/of copingelementen te onderscheiden. Becks bewering dat nieuw aangeleerde cognitieve (coping-)technieken moeten worden geoefend in paniekinducerende situaties, illustreert dit punt (Beck, 1988). Tot nu toe suggereert slechts ongecontroleerd onderzoek dat zuiver cognitieve interventies effectief kunnen zijn in de behandeling van paniek (Salkovskis et al., 1991).

Wel bestaan er enkele gecontroleerde onderzoeken waarbij de interventies primair cognitief bedoeld zijn, maar waaraan toch ook exposure- en/of copingelementen onderscheiden kunnen worden. Cognitieve therapie blijkt dan een sterk paniekreducerend effect te kunnen hebben (Barlow et al., 1989; Klosko et al., 1990; Beck et al., 1992).

Ook wanneer de behandeling van paniek zich primair richt op de beïnvloeding van hyperventilatie, kunnen dikwijls kenmerken worden onderscheiden van zowel exposure als uitleg als coping. Uit ongecontroleerd onderzoek komt een positief beeld naar voren van de hyperventilatie-benadering van paniek (Lum, 1981; Clark et al., 1985; Rapee, 1985; Salkovskis et al., 1986; Lange, 1987a). Ten aanzien van paniekpatiënten met het HVS is geen gecontroleerd onderzoek voorhanden naar de effectiviteit van interventies welke primair zijn gericht op het beïnvloeden van de ademhaling. Bij patiënten met paniekstoornis met agorafobie vonden zowel de Ruiter (1989) als de Beurs (1993) geen duidelijk anti-paniekeffect van een interventie die vooral beoogde het ademhalingsspatroon te wijzigen.

## 3.6 De behandeling van paniekstoornis met agorafobie

DSM-III-R (APA, 1987) beschouwt agorafobie als een gecompliceerde paniekstoornis. Eerst zou zich een paniekstoornis ontwikkelen. Daarna zou de patiënt situaties gaan vermijden waarin óf de kans op paniek-aanvallen groot is, óf waarin een paniekaanval aanleiding zou zijn tot extra verlegenheid.



Het staat ter discussie of dit in werkelijkheid het geval is. Sommige onderzoeken suggereren inderdaad dat paniekaanvallen dikwijls eerder ontstaan dan agorafobische vermijding (Thyer & Himle, 1985). Andere bevindingen suggereren echter het tegendeel (Fava et al., 1988). Waar paniekaanvallen relatief vaak vooraf lijken te gaan aan vermijding, zijn het bovendien soms agorafobische stimuli die paniek uitlokten (Lelliot et al., 1989). In weer ander onderzoek blijkt niet zozeer het daadwerkelijk vóórkomen van paniek met vermijding samen te hangen, als wel de anticipatie op een paniekaanval (Cox et al., 1991). Tenslotte kunnen sommige auteurs weinig verschillen ontdekken in de verschijningsvorm van paniekaanvallen enerzijds en die van hevige angst voor, bijvoorbeeld, agorafobische situaties anderzijds (Basoglu et al., 1992).

Toch is men, op grond van de DSM-III-R-diagnostiek en op grond van de resultaten die werden behaald met de psychologische behandeling van paniek, PM en EV in combinatie gaan toepassen bij de behandeling van patiënten die lijden aan paniekstoornis met agorafobie. Men verwachtte dat zo'n gecombineerde behandeling tot betere therapie-effecten zou leiden dan EV alleen. Over het algemeen krijgt de patiënt eerst PM waarbij hij leert hoe hij paniekaanvallen kan voorkómen of weer snel onder controle kan krijgen. Soms wordt tijdens deze PM-fase een anti-exposure in vivo instructie met betrekking tot agorafobische situaties gegeven. Wanneer voldoende vorderingen zijn gemaakt met PM, krijgt de patiënt de opdracht om deze vaardigheden zo nodig toe te passen wanneer hij zich blootstelt aan agorafobische situaties (Lange, 1987a; Barlow & Cerny, 1988; Andrews & Moran, 1988).

### *3.6.1 Effecten van de behandeling van paniekstoornis met agorafobie*

Er is vrij veel gecontroleerd onderzoek gedaan naar de combinatie van op paniek gerichte farmacotherapie en op vermijding gerichte EV.

Hoewel de meningen zijn verdeeld, vindt men vaak een potentiërend effect van anti-paniek medicatie op EV. Naar de combinatie van (psychologische) paniekmanagement met EV is tot nu toe veel minder gecontroleerd onderzoek gedaan.

In een aantal studies wordt wel nagegaan of cognitieve therapie de effecten van EV kan verhogen. In cognitieve benaderingen kunnen dikwijls PM-elementen worden herkend. Dikwijls (Emmelkamp & Mersch, 1982; Michelson et al., 1988; zie ook: Emmelkamp et al., 1989), maar niet altijd (Marchione et al., 1987) worden exposure-effecten niet of nauwelijks door cognitieve therapie versterkt.

De moeilijkheid bij deze (en andere) onderzoeken is dat diverse, onderling soms sterk verschillende interventies onder de noemer cognitieve therapie worden gerangschikt. Bij Michelson, bijvoorbeeld, bestond cognitieve therapie uit paradoxale intentie (Michelson et al., 1988), terwijl Emmelkamps cognitieve therapie als componenten had: relabeling (1),

inzicht in irrationele veronderstellingen (2) en zelf-instructie-training (3) (Emmelkamp & Mersch, 1982). Marchione, op haar beurt, paste een nog uitvoeriger pakket toe van cognitieve interventies (Marchione et al., 1987).

Alle genoemde benaderingen verschillen echter nogal van meer moderne PM-behandelingen waarin een belangrijke plaats wordt ingenomen door het oproepen en leren blokkeren van paniekaanvallen. Dergelijke PM-benaderingen in het kader van de behandeling van paniekstoornis met agorafobie zijn tot dusverre echter vooral gebaseerd op veronderstellingen en op casuïstiek (Rachman, 1983; van der Hart, 1984; Lange, 1987a).

Er zijn slechts enkele gecontroleerde 'moderne' PM+EV-onderzoeken gedaan bij paniekstoornis met agorafobie. Bonn vond dat PM een bescheiden effect toevoegt aan EV. PM+EV leidde bij follow-up tot minder paniekaanvallen dan EV alleen (Bonn et al., 1984). Ook Hibbert vond slechts een bescheiden effect van PM bovenop EV (Hibbert & Chan, 1989). De Ruiter (1989), de Beurs (1993) en van den Hout (van den Hout et al., 1994) vonden geen meerwaarde van PM ten opzichte van EV.

### 3.7 Invloed van de therapeutische relatie op therapie-effecten

Tot voor kort heeft de traditionele gedragstherapie weinig oog gehad voor de kwaliteit van de therapeutische relatie (Hoorens, 1986). Klachtgerichte interventies zijn steeds als verreweg de belangrijkste factoren beschouwd om therapeutische veranderingen tot stand te brengen. Therapeutvariabelen zouden, over het algemeen, weinig aan deze veranderingen bijdragen (Sweet, 1984; Marks, 1987a). Voor zover binnen gedragstherapie al aandacht is besteed aan de aard van de therapeutische relatie, is deze relatie veelal vergeleken met een didactische leraar-leerling verhouding of met een samenwerkingsverband zoals die in werkgroepen wordt gezien (Orlemans, 1988b). Een nadere inhoudelijke uitwerking van deze kenmerken van de gedragstherapeutische relatie is nog nauwelijks gegeven.

De nauw aan de gedragstherapie verwante directieve therapie heeft dat wel gedaan. Souplesse in de omgang met patiënten is binnen de directieve therapie altijd als een belangrijke therapeutische vaardigheid beschouwd (van der Velden & van Dijk, 1977; Lange, 1977). Gedurende lange tijd was echter zowel de stellingname van de traditionele gedragstherapie als die van de directieve therapie op dit punt vooral gebaseerd

op theoretische overwegingen en casuïstiek (Brinkman, 1978; van Dijk et al., 1980; Lange 1987b). De laatste jaren wordt ook vanuit een onderzoeksperspectief gezien hoe de kwaliteit van de therapeutische relatie het beste kan worden vormgegeven in gedragstherapie (Schaap & Hoogduin, 1988; G. Keijsers et al., 1990).

In de inzichtgevende therapeutische richtingen, vooral in de client-centered therapie, wordt al veel langer systematisch aandacht besteed aan de wijze waarop de therapeut de kwaliteit van de therapeutische relatie positief kan beïnvloeden. Empathie, aanvaarding van de patiënt en echtheid worden daarbij als de belangrijkste therapeutvariabelen beschouwd (Dijkhuis, 1988). Truax heeft deze variabelen verder uitgewerkt (Truax & Carkhuff, 1967). Men heeft wel verondersteld dat een aantal van deze therapeutvariabelen ook van belang is in gedragstherapieën. Sloane vond inderdaad dat gedragstherapeuten minstens even hoog scoorden op de Truax-variabelen als inzichtgevende psychotherapeuten (Sloane et al., 1975). Toch lijken de Truax-variabelen nauwelijks te raken aan enkele traditioneel aan gedragstherapeuten toegekende eigenschappen als, bijvoorbeeld, 'directiviteit' en 'explicietheid' (van der Velden & van Dijk, 1977).

Lag het voor de client-centered therapie altijd al voor de hand om te veronderstellen dat de kwaliteit van de therapeutische relatie van invloed is op de effecten van behandelingen, deze gedachte komt pas de laatste tijd ook binnen de gedragstherapie meer naar voren (Hoorens, 1986).

Bij het gedragstherapeutisch onderzoek naar het verband tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en therapie-effecten speelt een aantal problemen (de Beurs et al., 1990). Eén probleem is dat er, zoals eerder werd aangegeven, nog weinig uitgewerkte ideeën bestaan over de aard van de gewenste gedragstherapeutische interactionele vaardigheden. Dat heeft er onder andere toe geleid dat er nog nauwelijks gevalideerde vragenlijsten bestaan, die specifiek als gedragstherapeutisch aan te merken elementen van de therapeutische relatie meten. Mede daarom wordt dikwijls gebruik gemaakt van instrumenten die voortkomen uit de client-centered therapie.

Een ander probleem is dat men de kwaliteit van de therapeutische relatie zowel door de patiënt, als door de therapeut, als door onafhankelijke beoordelaars kan laten meten. Dat kan leiden tot verschillende resultaten. Bovendien worden vooral de kwalificaties door de therapeut en de patiënt gemakkelijk beïnvloed door het therapieresultaat. Dat speelt des te meer naarmate de kwalificatie later in de behandeling plaatsvindt. Het is daarom van belang dat de therapeutische relatie zo vroeg mogelijk in de behandeling wordt beoordeeld. Dit lijkt inderdaad op een

betrouwbare en valide manier mogelijk te zijn (Lietaer, 1976; Saltzman et al., 1976).

### *3.7.1 Resultaten uit onderzoek naar de invloed van de therapeutische relatie op de behandeling van paniekstoornis met agorafobie*

Naar de relatie tussen de gedragstherapeutische behandeling van (paniekstoornis met) agorafobie en de kwaliteit van de therapeutische relatie is tot nu toe weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan. Uit twee retrospectieve onderzoeken, waarvan de ene een heterogene groep fobici en dwangneurotici betrof (Rabavilas et al., 1979) en de andere een kleine groep agorafobici (Emmelkamp & van der Hout, 1983), kwam een samenhang naar voren tussen therapieresultaat en therapeutkenmerken zoals die door de patiënten waren waargenomen. Het ging daarbij onder andere om empathie en acceptatie. Omdat in beide gevallen de therapeutische relatie na afloop van de behandeling werd beoordeeld, kan niet worden vastgesteld of de perceptie van de therapeutische relatie een resultaat is geweest van het therapie-effect ten aanzien van de fobische en dwangklachten, of dat deze relatie andersom lag. Evenmin kan worden gezegd of wellicht een wederzijdse beïnvloeding heeft plaatsgevonden tussen kwaliteit van de therapeutische relatie en klachtreductie.

Patiënten die hun therapeut na vier therapiesessies als betrokken, zorgzaam en zelfverzekerd beschouwden, gingen meer vooruit na een EV-behandeling dan patiënten die hun therapeut in de beginfase van de behandeling eerder als uitdagend en expliciet ervoerden (Williams & Chambless, 1990).

Wanneer therapeutische kwaliteiten als empathie en explicietheid door een onafhankelijke beoordelaar werden vastgesteld, bleek er geen samenhang te bestaan met de therapie-effecten ten aanzien van de aanmeldingsklachten (Gustavson et al., 1985). Overigens betrof het in dit laatste onderzoek een kleine steekproef.

## 3.8 Samenvatting en conclusies

EV geldt de laatste tien jaar als de behandeling van eerste keus bij paniekstoornis met agorafobie. Hoewel de meeste patiënten na behandeling niet volledig herstellen, gaat het merendeel na een exposuretherapie in relevante mate vooruit. Deze veranderingen zijn relatief duurzaam. Onderzoek naar het proces van exposure heeft geleid tot vrij algemeen gedeelde opvattingen over de wijze waarop EV het beste kan worden toegepast.

Vanuit de cognitieve therapie en de directieve therapie is een aantal effectieve interventies ontwikkeld om paniek met psychologische metho-

des te behandelen. De meeste interventies bestaan uit meerdere elementen, waarvan de mogelijke effectiviteit bovendien vanuit verschillende theoretische modellen kan worden begrepen. Het is echter nog onduidelijk welke de werkzame ingrediënten in deze behandelingen zijn. Meestal zijn in PM drie elementen te herkennen. Er wordt geruststellende informatie over paniek gegeven; de patiënt leert copingvaardigheden aan om paniek te voorkómen of te reduceren; en de patiënt wordt blootgesteld aan specifieke paniekcues. Al naar gelang de theoretische positie van de auteur wordt het corrigeren van de catastrofale interpretatie het belangrijkste geacht, of het leren hanteren van coping, of de exposure aan paniekcues.

Gedurende een aantal jaren is bij dergelijke behandelingen een belangrijke rol toegekend aan hyperventilatie. Vanuit de veronderstelling dat hyperventilatie veelal een causale factor is bij paniek, is PM toegespitst op het leren beheersen en voorkómen van hyperventilatie-aanvallen. Hoewel de mening over de rol van hyperventilatie bij paniek is geëvolueerd, kan een op hyperventilatie toegesneden PM nog steeds als een zinvolle therapeutische interventie bij paniek worden beschouwd.

Sinds men agorafobie voornamelijk is gaan zien als een complicatie van paniekstoornis, heeft men verondersteld dat de toevoeging van PM een meerwaarde zou kunnen hebben voor EV bij de behandeling van patiënten met de diagnose paniekstoornis met agorafobie. Op theoretische gronden en op grond van klinische impressies lijkt dit een voor de hand liggende gedachte. In een aantal gecontroleerde onderzoeken is de superioriteit van PM+EV ten opzichte van EV bij paniekstoornis met agorafobie echter nog nauwelijks aangetoond.

Hoewel traditioneel binnen de gedragstherapie een veel grotere rol wordt toegekend aan interventies dan aan de aard van de therapeutische relatie om veranderingen bij de patiënt tot stand te brengen, is onlangs de aandacht gegroeid voor de interactie tussen therapeut en patiënt. Men vermoedt dat een aantal aspecten in de therapeutische relatie van invloed kan zijn op de therapieresultaten. Over de aard van die aspecten bestaat nog onduidelijkheid. Tot nu toe ontbreekt het (dan) ook aan adequate, op de gedragstherapeutische situatie toegesneden meetinstrumenten. Ook bestaat er nog onzekerheid over het tijdstip waarop de kwaliteit van de therapeutische relatie betrouwbaar kan worden vastgesteld en door wie dit oordeel het beste kan worden gegeven. Voor zover er onderzoek bij agorafobici is gedaan naar het verband tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en de effecten van behandelingen, zijn de resultaten onduidelijk.

Alles bij elkaar genomen, moet worden vastgesteld dat patiënten met de diagnose paniekstoornis met agorafobie redelijk effectief geholpen kunnen worden met gedragstherapie. EV is daarbij een belangrijk onderdeel van de behandeling. Optimaal lijken de behandelresultaten die met deze therapiemethode worden behaald echter niet te zijn. Het toevoegen van PM aan EV lijkt een mogelijkheid te bieden om de effectiviteit van EV voor agorafobici te verhogen. In de paar onderzoeken die hiernaar inmiddels zijn gedaan, is dit echter nog nauwelijks aangetoond. Het is verder de vraag in hoeverre de kwaliteit van de therapeutische relatie samenhangt met de klachten van agorafobische patiënten en met het beloop van een gedragstherapeutische behandeling.

# HOOFDSTUK 4. PROBLEEMSTELLING

## 4.1 Inleiding

Uit hoofdstuk 2 bleek dat paniekstoornis met agorafobie dikwijls vóórkomt. De prevalentie ligt rond twee procent voor paniekstoornis en rond vijf procent voor agorafobie (Wittchen & Essau, 1991).

Paniekstoornis met agorafobie bleek echter ook een weinig specifieke ziektecategorie te zijn. Individuele patiënten met deze diagnose vertonen dikwijls grote onderlinge verschillen in hun klachtenpatroon (Doctor, 1982), en er bestaat een grote overlap met andere psychiatrische stoornissen (Barlow, 1988). Ook dit is in hoofdstuk 2 aan de orde geweest.

In hoofdstuk 3 is vervolgens beargumenteerd waarom EV moet worden beschouwd als de voorkeursbehandeling bij paniekstoornis met agorafobie. Toch herstellen de meeste patiënten ook na deze voorkeursbehandeling slechts gedeeltelijk. Een relatief groot gedeelte van met EV behandelde patiënten vertoont zelfs geen enkele relevante verbetering (Jacobson et al., 1988).

Op grond van het bovenstaande leek het wenselijk om te onderzoeken of de effectiviteit van de gedragstherapeutische behandeling van paniekstoornis met agorafobie kon worden verbeterd. In 1987 is een onderzoek hiernaar in gang gezet. Twee uitgangspunten speelden daarbij een rol. Ten eerste werd verondersteld dat EV voor agorafobici in het algemeen weliswaar effectief was, maar dat deze effectiviteit wellicht verhoogd zou kunnen worden door andere elementen aan deze behandelmethode toe te voegen. Uit (dikwijls ongecontroleerd) onderzoek en uit eigen ervaring was destijds de indruk ontstaan, dat de toevoeging van een training in paniekmanagement (PM) aan EV de behandelresultaten voor de groep agorafobici in het algemeen zou kunnen verhogen.

Daarnaast werd het onwaarschijnlijk geacht dat één behandelmethode ooit optimaal zou kunnen zijn voor de gehele groep van agorafobici. Onderlinge verschillen tussen individuele patiënten leken daarvoor te groot te zijn. Het werd daarom zinvol geacht om ook te onderzoeken, in welke mate het beloop van agorafobische problemen tijdens de behandeling samenhang met dat van andere problematiek (comorbiditeit) van de patiënten. Het werd evenzeer zinvol geacht om na te gaan op welke wijze het beloop van agorafobie samenhang met dat van de kwaliteit van de therapeutische relatie gedurende de therapie.

Er werd verwacht dat een beter inzicht in de samenhang tussen het beloop van comorbiditeit en kwaliteit van de therapeutische relatie

enerzijds en dat van agorafobie anderzijds, informatie zou kunnen opleveren, welke in een later stadium zou kunnen dienen om tot effectievere behandelmethodes te komen. De veronderstelling was, dat het daarbij vooral zou gaan om 'op maat gesneden' behandelmethodes voor subgroepen binnen de agorafobische populatie en niet zozeer om één standaardbehandeling die voor alle agorafobische patiënten het beste zou zijn. Dit was het tweede uitgangspunt voor de huidige studie.

Bovenstaande uitgangspunten hebben tot drie onderzoeksvragen geleid. Op alle drie wordt hieronder ingegaan. De eerste onderzoeksvraag wordt beschouwd als de hoofdvraagstelling van het onderzoek. De opzet van het onderzoek is allereerst op het beantwoorden van deze vraag toegesneden. De vraagstelling is hypothesetoetsend van karakter.

De andere twee onderzoeksvragen zijn explorerend/descriptief van aard.

## 4.2 Hoofdvraag van het onderzoek: heeft PM meerwaarde ten opzichte van EV?

De voorbereidingen voor het huidige onderzoek zijn begonnen in 1987. Destijds gold EV als een behandelmethode waarvan de effectiviteit bij paniekstoornis met agorafobie onomstreden was. Daarnaast was men in de diagnostiek en behandeling van paniekstoornis met agorafobie juist begonnen de paniekcomponent in de agorafobische symptomatologie meer te benadrukken dan voordien het geval was geweest.

Hyperventilatie werd in die tijd door velen als een belangrijke determinant van paniek beschouwd. Cognitieve therapie en PM leken succesvolle interventies te zijn ten aanzien van paniekaanvallen. Bij paniekstoornis met agorafobie begon men deze interventies met EV te combineren.

Publicaties over de behandeling van hyperventilatie en/of paniek waren echter grotendeels op casuïstiek gebaseerd (Hoogduin, 1977; Kraft et al., 1982; Clark et al., 1985; Salkovskis et al., 1986; Lange, 1987a). Slechts één gecontroleerd onderzoek (Bonn et al., 1984) suggereerde dat de toevoeging van PM aan EV meerwaarde had bij agorafobische patiënten. Overigens kwam deze meerwaarde pas bij follow-up naar voren en ging het om een kleine steekproef. Later vond ook Hibbert aanwijzingen voor een mogelijke meerwaarde van PM (Hibbert & Chan, 1989).

Teneinde een meer definitief antwoord te krijgen op de vraag of de toevoeging van PM aan EV inderdaad meerwaarde heeft ten opzichte van een behandeling met uitsluitend EV, werd besloten een grootschalig gecontroleerd onderzoek op te zetten. In dat onderzoek zouden twee



condities met elkaar worden vergeleken: PM+EV enerzijds en uitsluitend EV anderzijds.

Op grond van bovenstaande overwegingen werd de eerste onderzoeksvraag als volgt geformuleerd:

- Heeft PM+EV in termen van effectiviteit meerwaarde ten opzichte van EV bij de behandeling van patiënten met de diagnose paniekstoornis met agorafobie?

Deze onderzoeksvraag is hypothesetoetsend van karakter en zal worden beantwoord in hoofdstuk 7.

## 4.3 Twee explorerend/descriptieve onderzoeksvragen; samenhang tussen variabelen

Hoewel verwacht werd dat de toevoeging van PM aan EV voor agorafobici in het algemeen tot gunstiger behandelresultaten zou leiden dan EV alleen, leek het onwaarschijnlijk dat dit voor alle patiënten in even grote mate het geval zou zijn. Deze veronderstelling is gebaseerd op de grote onderlinge diversiteit tussen agorafobici. Om in de toekomst tot optimale behandelmethoden te kunnen komen, werd inzicht in dergelijke verschillen van belang geacht.

Comorbiditeit is één van de factoren waarop agorafobici zich aan het begin van de behandeling van elkaar onderscheiden (zie: 2.7). Hoewel er aanwijzingen zijn dat comorbiditeit samenhang vertoont met de effecten van de behandeling van agorafobie (Goldstein & Chambless, 1978), is niet geheel duidelijk hoe de samenhang tussen comorbiditeit en agorafobie zich tijdens het beloop van de therapie ontwikkelt. Het leek belangrijk om hierin meer inzicht te verkrijgen. Een dergelijk inzicht zou wellicht aanwijzingen kunnen geven over de wijze waarop de bij paniekstoornis met agorafobie gebruikte behandelmethoden in de toekomst verder zouden kunnen worden verfijnd.

Naast de toegepaste interventies en comorbiditeit, lijken ook andere facetten van de behandeling (mede)bepalend te kunnen zijn voor mislukking dan wel succes van gedragstherapieën. Er zijn aanwijzingen dat de kwaliteit van de therapeutische relatie zo'n facet is (zie: 3.7). Het leek daarom zinvol om ook de samenhang van het beloop van deze variabele met dat van agorafobie te bepalen.

Hieronder worden de twee explorerende/descriptieve vraagstellingen van het onderzoek nader toegelicht.

#### *4.3.1 Eerste exploratieve onderzoeksvraag: in hoeverre hangt het beloop van agorafobie samen met dat van comorbiditeit gedurende de therapie?*

Het was om praktische redenen niet mogelijk om van alle mogelijke manifestaties van comorbiditeit op alle mogelijke momenten de samenhang met agorafobie te bepalen. Er moest een keuze worden gemaakt. In de huidige studie is het onderzoek naar de samenhang tussen agorafobie en comorbiditeit beperkt tot de variabelen: depressiviteit, problemen in de partnerrelatie en sociale angst. Deze keuze zal hieronder nader worden toegelicht.

### **Depressiviteit**

Angst en depressie komen veelvuldig samen voor (zie: 2.7.1). Er is zelfs wel voorgesteld om angst en depressie als één syndroom te beschouwen (Bowen & Kohout, 1979). Toch werd in zowel predictie-onderzoek als in correlatie-onderzoek lang niet altijd een duidelijke associatie tussen de mate van depressiviteit bij aanvang van de behandeling en de effecten van de therapie op agorafobie gevonden. Soms hing de mate van depressiviteit slechts bij een middellange follow-up samen met een geringer effect op de agorafobische klachten (Jansson et al., 1987). Soms werd helemaal geen relatie gevonden tussen depressie en het eindresultaat op agorafobie van de behandeling (Emmelkamp & Kuipers, 1979; Emmelkamp & van der Hout, 1983). Andere auteurs vonden daarentegen weer een heel duidelijk verband tussen een hoge mate van depressiviteit en een minder goed therapie-effect op agorafobie (Zitrin et al., 1980; Noyes et al., 1990).

Om deze redenen werd het zinvol geacht om depressiviteit op te nemen in het onderzoek als één van de indicatoren van comorbiditeit waarvan de samenhang met het beloop van agorafobie zou worden vastgesteld.

### **Problemen in de partnerrelatie**

De mogelijke relatie tussen een problematische partnerrelatie en paniekstoornis met agorafobie staat nog volop ter discussie (zie: 2.7.2). Twee ideeën hebben in deze discussie centraal gestaan. Sommigen veronderstellen dat de klachten van de fobische partner ertoe dienen om problemen van de 'gezonde' partner te maskeren (Fry, 1962). Anderen menen dat door de fobie huwelijksproblemen op de achtergrond blijven (Goldstein & Chambless, 1980). Volgens beide redeneringen zou binnen de 'agorafobische relatie' een homeostatisch evenwicht zijn ontstaan, dat voor een belangrijk deel is gebaseerd op de klachten van de fobische

patiënt. Vermindering van de fobie zou óf de partner in problemen brengen óf de relationele problemen aan het licht brengen. Beide consequenties zouden ook gelijktijdig kunnen optreden.

Vooraf de theorie van Goldstein (Goldstein & Chambless, 1980) suggereert een associatie tussen de (door patiënten ervaren) kwaliteit van de partnerrelatie en de effecten van de behandeling op de fobische klachten. De theorie impliceert allereerst dat de mate waarin de behandeling effect heeft op agorafobie, anders is bij fobici met een goede partnerrelatie dan bij fobici met een matige of slechte partnerrelatie. In onderzoek zijn dergelijke verschillen vooralsnog slechts in beperkte mate gevonden. Onmiddellijk na de behandeling werd vaker niet (Emmelkamp, 1980; Bland & Hallam, 1981; Hafner & Ross, 1983; Himadi et al., 1986; Arrindell, 1987) dan wel (Milton & Hafner, 1979; Monteiro et al., 1985) een relatie tussen de kwaliteit van de huwelijksrelatie en het effect van de behandeling op agorafobie gevonden. Bij follow-up is soms een verband gevonden dat er onmiddellijk na de afsluiting nog niet was (Bland & Hallam, 1981).

Een andere mogelijke implicatie van Goldsteins theorie is, dat voor sommige patiënten een verbetering in fobische problematiek samengaat met een verslechtering van de kwaliteit van de partnerrelatie. Wanneer relatieproblemen immers gemaskeerd worden door de fobie, kan men verwachten dat die problemen weer naar voren komen, indien de fobie vermindert. Het spreekt vanzelf, dat dit alleen opgaat voor relaties waarin sprake was van door de fobie gemaskeerde problemen in de partnerrelatie.

Het werd derhalve zinvol geacht, om problemen in de partnerrelatie op te nemen in het onderzoek als één van de indicatoren van comorbiditeit waarvan de samenhang met het beloop van agorafobie zou worden vastgesteld.

## **Sociale angst**

Ook van sociale angst is dikwijls verondersteld dat er een hechte samenhang bestaat met agorafobie (zie: 2.7.3). Niet alleen kan bij tien tot twintig procent van de agorafobici tevens de diagnose sociale fobie worden gesteld (Barlow et al., 1986; de Ruiter, 1989), ook lijken er 'situatiefobici' te zijn, bij wie agorafobische en sociaalfobische klachten elkaar versterken (van Zuuren, 1989). Thorpe vond een relatie tussen het aan sociale angst gerelateerde aspect 'assertiviteit' en de effectiviteit van een op agorafobie gerichte behandeling (Thorpe & Burns, 1983), terwijl anderen zo'n verband niet vonden (Emmelkamp, 1980; Emmelkamp & Kuipers, 1979).

Als vermijding niet uitsluitend door agorafobische klachten wordt gedermineerd, mag men verwachten dat een specifiek op agorafobie ge-

richte behandeling minder effectief is bij patiënten die ook een hoge mate van sociale angst hebben.

Het werd derhalve zinvol geacht om sociale angst op te nemen in het onderzoek als één van de indicatoren van comorbiditeit waarvan de samenhang met het beloop van agorafobie zou worden vastgesteld.

Op grond van bovenstaande overwegingen werd de eerste exploratieve onderzoeksvraag als volgt geformuleerd:

- In hoeverre hangt het beloop van agorafobie samen met dat van comorbiditeit gedurende de therapie?

Of, specifieker geformuleerd:

- a) in hoeverre hangt het beloop van agorafobie samen met dat van depressiviteit gedurende de therapie? en
- b) in hoeverre hangt het beloop van agorafobie samen met dat van problemen in de partnerrelatie gedurende de therapie? en
- c) in hoeverre hangt het beloop van agorafobie gedurende de behandeling samen met sociale angst aan het begin van de therapie?

Deze vragen zijn explorerend/descriptief van karakter en worden beantwoord in hoofdstuk 8.

#### *4.3.2 Tweede exploratieve onderzoeksvraag: in hoeverre hangt het beloop van agorafobie samen met dat van de kwaliteit van de therapeutische relatie gedurende de therapie?*

Sinds uit het onderzoek naar placebo-effecten en a-specifieke factoren is gebleken, dat de kwaliteit van de therapeutische relatie kan samenhangen met het beloop van een gedragstherapeutische behandeling (van Dijk, 1985; Frances et al., 1985), neemt de belangstelling voor dit onderwerp toe (zie: 3.7). Het is echter nog niet geheel duidelijk wat moet worden verstaan onder een kwalitatief goede therapeutische relatie bij gedragstherapie. Mede hierdoor bestaan er nog onvoldoende gevalideerde instrumenten om deze te meten.

De verlate belangstelling van gedragstherapeuten voor dit onderwerp heeft nog enkele andere gevolgen gehad. Zo is het nog onvoldoende duidelijk wanneer de kwaliteit van de therapeutische relatie het beste kan worden bepaald en door wie dit moet worden gedaan. Wat het eerste betreft lijkt het mogelijk te zijn, de meting al in de beginfase van de behandeling te verrichten (Lietaer, 1976; Saltzman et al., 1976). Wat het laatste betreft kan men kiezen voor de therapeut, de patiënt of voor onafhankelijke, deskundige beoordelaars.

In onderzoek naar het verband tussen de kwaliteit van de gedragstherapeutische relatie en effecten van de behandeling is dikwijls gebruik gemaakt van vragenlijsten die in eerste instantie voor de client-cente-

red therapie zijn ontwikkeld (de Beurs et al., 1990). Therapeutvariabelen als zorgzaamheid, betrokkenheid en zelfverzekerdheid (Williams & Chambless, 1990), alsmede empathie en acceptatie (Emmelkamp & van der Hout, 1983) bleken samen te hangen met positieve therapieresultaten ten aanzien van de agorafobische klachten. Het is daarom niet onwaarschijnlijk dat het beloop van agorafobie gedurende de behandeling samenhangt met dat van de kwaliteit van de therapeutische relatie.

Het werd derhalve zinvol geacht om te onderzoeken in hoeverre dit het geval was.

Op grond van bovenstaande overwegingen werd de tweede exploratieve onderzoeksvraag als volgt geformuleerd:

- In hoeverre hangt het beloop van agorafobie samen met dat van de kwaliteit van de therapeutische relatie gedurende de therapie?

Deze vraag is explorerend/descriptief van karakter en zal worden beantwoord in hoofdstuk 9.

## 4.4 Samenvatting

In het huidige onderzoek wordt allereerst nagegaan of het mogelijk is de effectiviteit van de behandeling van paniekstoornis met agorafobie in het algemeen te vergroten. Daartoe wordt onderzocht of het toevoegen van PM aan EV de effectiviteit kan verhogen van wat tot nu toe als de voorkeursbehandeling bij paniekstoornis met agorafobie wordt beschouwd (EV). Deze probleemstelling, van hypothesetoetsend karakter, is de hoofdvraag van het onderzoek. Wanneer zou blijken dat PM+EV bij agorafobici in het algemeen effectiever is dan EV, zou PM+EV de voorkeursbehandeling moeten worden in plaats van EV.

Anderzijds wordt nagegaan in welke mate het beloop van agorafobie gedurende de therapie samenhangt met dat van comorbiditeit en dat van kwaliteit van de therapeutische relatie. De beide onderzoeksvragen welke hierop betrekking hebben, zijn explorerend/descriptief van karakter. Inzicht in de samenhang tussen het beloop van deze variabelen, kan wellicht leiden tot ideeën over alternatieve of aanvullende behandelmethodes voor bepaalde subgroepen in de agorafobische populatie.



# HOOFDSTUK 5. METHODE VAN ONDERZOEK

## 5.1 Inleiding

In hoofdstuk 4 is de probleemstelling van het onderzoek besproken. De drie onderzoeksvragen waren: 'heeft PM meerwaarde ten opzichte van EV' (1); 'in hoeverre hangt het beloop van agorafobie samen met dat van comorbiditeit gedurende de therapie' (2); en 'in hoeverre hangt het beloop van agorafobie samen met dat van de kwaliteit van de therapeutische relatie gedurende de therapie' (3).

De eerste vraagstelling is hypothesetoetsend van aard, terwijl beide andere vragen een exploratief/descriptief karakter hebben.

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze deze probleemstelling is onderzocht. Achtereenvolgens komen aan de orde: het onderzoeksdesign, de behandelcentra en therapeuten, de selectiecriteria voor patiënten, de gebruikte meetinstrumenten, de aard van de behandelingen en de procedure van dataverzameling. Aan het eind van dit hoofdstuk wordt kort stilgestaan bij een voorstudie van het huidige onderzoek (Korrelboom et al., 1992).

## 5.2 Onderzoeksdesign

Het onderzoek werd op meerdere centra door meerdere therapeuten uitgevoerd. Het kende een gerandomiseerd design met twee behandelcondities waarbij voor drie factoren was gestratificeerd. Allereerst was dat het geval voor het gelijktijdig vóórkomen van het HVS. Dit syndroom kan bij veel agorafobici worden vastgesteld, terwijl veel PM-interventies juist op het HVS aangrijpen. Omdat echter niet alle agorafobici tevens aan het HVS lijden en omdat het gewenst was dat beide behandelcondities een gelijke verdeling voor het HVS zouden hebben, werd ervoor gekozen om voor de aanwezigheid van het HVS vooraf te stratificeren. Bovendien werd gestratificeerd voor de instituten waar de behandeling plaatsvond. Alle patiënten werden behandeld op de instellingen waar zij zich hadden aangemeld.

Tenslotte werd gestratificeerd voor de factor tijd. De randomisatie werd daarbij zodanig ingericht, dat iedere therapeut binnen een vooraf vastgelegd aantal toegewezen patiënten zeker aan de beurt zou komen.

Na aanmelding vond een taxatiezitting plaats. Wanneer de diagnose paniekstoornis met agorafobie was gesteld, de in- en exclusie-criteria waren onderzocht en de patiënt had toegestemd in deelname, werden afspraken gemaakt voor een aanvullend medisch onderzoek bij een internist/longarts. Wanneer geen medische redenen werden vastgesteld voor exclusie, vond hierna de eerste testzitting plaats. Dit was twee weken voor het begin van de behandeling. Vervolgens waren er nog twee testzittingen. De eerste daarvan vond plaats na drie behandelings-sies. De eindmeting was direct na de elfde therapiezitting. Intaker, medisch specialist en testafnemer waren verder niet betrokken bij het onderzoek. Alle elf therapiezittingen waren geprotocolleerd. Het tijdspad van het onderzoek is weergegeven in schema 5.1.

---

**Schema 5.1: Tijdspad**

week	therapiefase	onderzoeksfase
0	zitting 0 aanmelding taxatie diagnose toestemming deelname	medisch onderzoek toewijzing (at random) aan condities
1		voormeting (M1)
3 t/m 5	zitting 1 t/m 3 behandeling PM of EV	
6		tussenmeting (M2)
7 t/m 14	zitting 4 t/m 11 behandeling EV	
15		nameting (M3)

---

## 5.3 Behandelcentra en therapeuten

Het onderzoek is uitgevoerd op vier verschillende locaties. Dat waren de poliklinieken psychiatrie van het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft en die van het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Bloemendaal in Den Haag en de afdelingen psychotherapie van de Riaggs Zuidhage en Westhage in Den Haag.



In totaal werkten acht therapeuten, gespreid over de verschillende centra, mee. Alle therapeuten hadden minimaal enkele jaren ervaring met de uitvoering van gedragstherapeutische behandelingen. Voorafgaande aan het onderzoek waren zij door de onderzoekers opgeleid in het toepassen van de verschillende behandelprotocollen. Tijdens de behandelingen werden zij geregeld door de onderzoekers gesuperviseerd over de voortgang van de therapieën.

## 5.4 Selectiecriteria voor patiënten

Behalve aan de DSM-III-R-diagnose ‘paniekstoornis met agorafobie’ (APA, 1987) moesten patiënten aan nog enkele andere criteria voldoen om in het onderzoek te kunnen worden opgenomen. De overige inclusiecriteria van het onderzoek waren:

- Aanmelding voor behandeling moest volgens de gangbare procedure van de betrokken instelling hebben plaatsgevonden.
- De leeftijd moest liggen tussen de eenentwintig en zestig jaar.
- De patiënt moest bereid zijn om aan alle onderdelen van de behandeling mee te doen.
- De patiënt moest, na geïnformeerd te zijn over aard en doel van het onderzoek, schriftelijk toestemming geven voor deelname (‘informed consent’).

De exclusiecriteria waren:

- Meedoen aan een andere reguliere, op paniekstoornis met agorafobie gerichte psychiatrische behandeling.
- Het gebruik van antidepressiva.
- Een ernstige somatische ziekte.
- Zwangerschap, voor zover deze de duur van drie maanden nog niet had overschreden.
- Ernstige andere psychiatrische aandoeningen, zoals ernstige vormen van depressie, ernstige dwangstoornis, of psychose.

De intaker, in alle gevallen een ervaren gedragstherapeut, stelde vast of aan de diagnose en aan de meeste in- en exclusiecriteria werd voldaan. De aanvullende diagnose HVS en het exclusiecriterium ‘ernstige somatische ziekte’ werden vastgesteld door een internist/longarts. Alle testen werden afgenomen door een psycholoog/testafnemer. Intaker, internist/longarts, testafnemers en therapeuten waren niet op de hoogte van elkaars bevindingen.

Hieronder worden enkele in- en exclusiecriteria nader toegelicht.

De patiënt moest zich, nadat hij hierover was voorgelicht, bereid verklaren aan alle onderdelen van diagnostiek, behandeling en onderzoek mee te doen. Wie dat niet deed, werd niet in het onderzoek opgenomen en werd als weigeraar beschouwd. Tot de onderdelen die mogelijk emotioneel of anderszins belastend waren, behoorden het medisch onderzoek tijdens de diagnostische fase, de paniekprovocaties en de exposure in vivo tijdens de behandeling en de vier testzittingen vóór, tijdens en na de behandeling en bij de follow-up.

Het provoceren van paniekaanvallen, vooral wanneer dat gebeurt met behulp van de hyperventilatie-provocatie-procedure, kan riskant zijn bij patiënten met cardiale, neurologische, of pulmonaire afwijkingen (Woudstra et al., 1985; Theunissen, 1987; Backer & van Dijk, 1993). Patiënten bij wie tijdens het medisch onderzoek (long- en internistisch onderzoek en routine-ECG) ernstige afwijkingen werden gevonden, werden daarom uitgesloten van deelname.

Omdat niet bekend is of de genoemde provocatiemethodes gedurende de eerste fase van de zwangerschap risico's met zich kunnen meebrengen, werden, het zekere voor het onzekere nemend, patiënten die korter dan drie maanden zwanger waren, uitgesloten van deelname aan het onderzoek.

Patiënten die tevens een andere ernstige psychiatrische aandoening hadden, werden van deelname uitgesloten omdat de in dit onderzoek toegepaste behandelmethodes voor hen niet als voldoende adequaat werden beschouwd.

## 5.5 Meetinstrumenten

Om te bepalen of de patiënt aan de diagnose en de andere in- en exclusiecriteria voldeed, werd een gestructureerd interview afgenomen en werd een uitgebreid medisch onderzoek uitgevoerd. Om de effecten van de behandelingen te kunnen vaststellen en om het beloop van de behandeling beter te kunnen interpreteren, werd nog een aantal andere gegevens verzameld. Behalve dat enkele biografische gegevens werden geregistreerd, werd hiertoe gebruik gemaakt van een voor dit onderzoek ontwikkelde gedragstest en van een aantal vragenlijsten. In de meeste gevallen ging het om bestaande vragenlijsten, een enkele keer werd een zelf ontwikkelde lijst gehanteerd. Hieronder worden de gebruikte instrumenten nader toegelicht. In schema 5.2 staat aangegeven welke meetinstrumenten op welke momenten tijdens het onderzoek werden gebruikt.

---

**Schema 5.2: Overzicht van de meetinstrumenten**

taxatie	ADIS-R
medisch onderzoek	Hyperventilatietest
(week 0)	algeheel lichamelijk onderzoek
	longfunctie onderzoek
	ECG (beoordeling door cardioloog)
	EEG (beoordeling door neuroloog)
	thoraxfoto
	laboratoriumonderzoek
	– urine (standaard)
	– haematologie (standaard)
	– SMA 20 (standaard)
M1 (week 1)	Gedragstest
	Mobility Inventory (MI)
	Agorafobische Cognities Vragenlijst (ACV)
	Nijmeegse Hyperventilatie Vragenlijst (NHV)
	Beck Depression Inventory (BDI)
	Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst (IPOV)
	Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG)
M2 (week 6)	Gedragstest
	Mobility Inventory (MI)
	Agorafobische Cognities Vragenlijst (ACV)
	Nijmeegse Hyperventilatie Vragenlijst (NHV)
	Beck Depression Inventory (BDI)
	Verkorte Barret-Lennard Relationship Inventory, patient versie (EPIN-P)
	Verkorte Barret-Lennard Relationship Inventory, therapeut versie (EPIN-T)
	Conditie Controle (CC)
M3 (week 15)	Gedragstest
	Mobility Inventory (MI)
	Agorafobische Cognities Vragenlijst (ACV)
	Nijmeegse Hyperventilatie Vragenlijst (NHV)
	Beck Depression Inventory (BDI)
	Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst (IPOV)
	Verkorte Barret Lennard Relationship Inventory, patient versie (EPIN-P)
	Verkorte Barret Lennard Relationship Inventory, therapeut versie (EPIN-T)
	Conditie Controle (CC)

---

**5.5.1 Diagnose: paniekstoornis met agorafobie**

De diagnose paniekstoornis met agorafobie werd gesteld aan de hand van een Nederlandse vertaling van de Anxiety Disorders Interview

Schedule-Revised (ADIS-R; Di Nardo et al., 1985; vertaling: de Ruiter et al., 1987). De ADIS-R is een gestructureerd interview waarin specifiek naar symptomen van de angststoornissen uit de DSM-III-R wordt gevraagd, alsmede naar symptomen van enkele andere stoornissen.

#### *5.5.2 Exclusie: ernstige lichamelijke ziekte*

Een internist/longarts voerde de volgende onderzoeken uit om ernstige lichamelijke ziektes uit te sluiten:

- algeheel lichamenlijk onderzoek
- longfunctie (spirometrisch onderzoek)
- ECG (beoordeling door cardioloog)
- EEG (beoordeling door neuroloog)
- thoraxfoto
- laboratoriumonderzoek:
  - urine (standaard)
  - haematologie (standaard)
  - SMA 20 (standaard)

#### *5.5.3 Aanvullende diagnose: HVS*

De internist/longarts stelde van alle patiënten vast of zij tevens aan het HVS leden. Daarbij werd als volgt te werk gegaan: de patiënt gaf op een lijst aan welke symptomen tijdens paniek in het dagelijks leven werden ervaren (zie: bijlage 1). Vervolgens werd een hyperventilatie-provocatie uitgevoerd, waarbij met een capnograaf werd nagegaan of voldoende werd gehyperventileerd. De symptomen van de provocatie werden vervolgens vergeleken met de symptomen die vooraf waren vermeld (Garssen & Hornsveld, 1990). Wanneer minstens zeventig procent van de symptomen bij provocatie werd gereproduceerd, werd tot de diagnose HVS besloten.

#### *5.5.4 Criteria voor de bepaling van het effect*

Eerder (zie: 3.3) is al toegelicht waarom, bij de operationalisatie van uitkomstvariabelen, dikwijls zo veel mogelijk wordt aangesloten bij Langs visie dat angst dient te worden vastgesteld in drie verschillende responsystemen. Ook in het huidige onderzoek is hiernaar gestreefd.

### **Agorafobisch gedrag**

Veranderingen in gedrag werden met twee methodes gemeten: met behulp van de Gedragstest en met een vragenlijst (Mobility Inventory). In het eerste geval is sprake van een rechtstreekse meting van gedrag ('feitelijk agorafobisch gedrag'), bij de vragenlijst gaat het om zelfrapportage over gedrag ('gepercipieerd agorafobisch gedrag').

### Gedragstest

Effecten op feitelijk agorafobisch gedrag werden vastgesteld aan de hand van de Gedragstest. Deze bestond uit drie onderdelen. Voor elk van de vier behandelinstututen werd een afzonderlijke Gedragstest ontwikkeld. Onderling waren de Gedragstests vergelijkbaar qua duur en moeilijkheidsgraad. De drie onderdelen van de Gedragstest waren:

- (1) het afleggen van een vastgestelde loopafstand volgens een vastgelegde route ('lopen'). De duur van de gehele route was ongeveer 10 minuten.
- (2) boodschappen doen in een supermarkt ('winkelen'). De patiënt moest minimaal één boodschap mee naar buiten nemen.
- (3) een ritje maken in de tram of bus ('openbaar vervoer'). Het ging om een route van maximaal 10 haltes.

De patiënt werd telkens door de testafnemer tot aan het beginpunt van de testsituatie begeleid. Daarna moest hij trachten alleen de opdracht te volbrengen.

Voor elk onderdeel apart werd een score gegeven. Deze konden variëren tussen 0 en 10, al naar gelang de mate waarin het betreffende onderdeel van de Gedragstest werd volbracht. Voor 'lopen' was de eindscore het aantal minuten dat de patiënt was weggebleven. De score op 'supermarkt' werd bepaald door het aantal minuten dat men in de winkel bleef om de boodschap te doen, terwijl voor 'openbaar vervoer' het aantal haltes dat men reisde als score gold. Op geen enkel onderdeel kon meer worden gehaald dan de score 10. Wanneer de patiënt bij 'lopen' en/of 'supermarkt' de taak binnen de toegestane tijd van 10 minuten volbracht, kreeg hij ook een score van 10. Een hoge score was gunstig.

Bij het vormgeven aan de Gedragstest zijn geen gegevens verzameld over betrouwbaarheid en validiteit.

### Mobility Inventory

Om de effecten van de behandeling op het gepercipieerde agorafobisch gedrag vast te stellen, werd gebruik gemaakt van een Nederlandse versie van de Mobility Inventory (MI: Chambless et al., 1985). Op 25 gespecificeerde items moesten patiënten twee keer aangeven in hoeverre zij situaties uit de weg gaan: eerst wanneer zij alleen met de situatie zouden worden geconfronteerd en de tweede keer wanneer zij in (vertrouwd) gezelschap deze situatie zouden moeten betreden. Op een 'open' item kon de patiënt zelf nog situaties invullen welke hij vermijdt. Op een 5-punts Likert schaal kon worden gescoord tussen 1 (nooit) en 5 (altijd). Omdat het 'open' item buiten beschouwing werd gelaten, kon de score beide keren variëren tussen 25 en 125, wanneer alle items waren ingevuld. Een lage score was gunstig. Omdat items welke 'niet van toe-

passing zijn' moeten worden overgeslagen op de MI, kan dit problemen opleveren bij de interpretatie. Als een item wordt opengelaten, kan niet goed worden uitgemaakt of de patiënt in zijn dagelijks leven nooit wordt geconfronteerd met de betreffende situatie, of dat hij deze situatie uit angst vermijdt. Dit kan, bijvoorbeeld, opgaan voor items als 'klaslokalen' en 'musea'. Om dergelijke interpretatieproblemen het hoofd te bieden, werd de eindscore bepaald door de totale score te delen door het aantal ingevulde items.

De MI kan doorgaan voor een betrouwbaar en valide instrument. De test-hertest betrouwbaarheid is 0.67. De samenhang met de Fear Questionnaire Agoraphobia (Marks & Mathews, 1979) bedraagt 0.68 (Chambless et al., 1985). Dit wijst op een behoorlijke validiteit.

### **Agorafobische cognities**

Het ging om het vaststellen van veranderingen in catastrofale, aan angst en paniek gerelateerde gedachten.

#### Agoraphobic Cognition Questionnaire

Agorafobische cognities werden geoperationaliseerd met behulp van een Nederlandse versie van de Agoraphobic Cognition Questionnaire (ACV: Chambless et al., 1984). Er werd gevraagd naar catastrofale cognities die geacht worden kenmerkend te zijn voor agorafobici. Scores op deze vragenlijst, bestaande uit 14 items met een 5-punts Likert schaal (1=nooit; 5=altijd), konden variëren tussen 14 en 70. Een lage score was gunstig.

De lijst is betrouwbaar (test-hertest: 0.86). De constructvaliditeit van een verkorte vorm van de ACV was 0.79 (Chambless et al., 1984).

### **Gepercipieerde hyperventilatie**

Omdat het niet mogelijk was om rechtstreeks fysiologische metingen uit te voeren, werd besloten een zelfrapportage lijst af te nemen over aan angst gerelateerde fysiologische gewaarwordingen.

#### Nijmeegse Hyperventilatie Vragenlijst

De Nijmeegse Hyperventilatie Vragenlijst (NHV: Garssen et al., 1984) vroeg naar de gepercipieerde symptomen van hyperventilatie. Zij is een zelfrapportagelijst van 16 items met een 5-punts Likert schaal (0=nooit; 4=heel vaak). De range van de totaalscores kon variëren tussen 0 en 64. Een lage score was gunstig.

De validiteit is behoorlijk. Bij een score >23 is de kans groot (84%) dat terecht de diagnose HVS wordt gesteld, terwijl men bij deze 'cut-off-score' aan 32% van de patiënten ten onrechte de HVS-diagnose toeschrijft ('vals positieven') (Garssen et al., 1984). De NHV kan als evalu-

atiemaat worden gebruikt (Garssen et al., 1984; Emmelkamp et al., 1989).

### *5.5.5 Criteria voor comorbiditeit*

#### **Depressiviteit**

De mate van depressiviteit werd vastgesteld met behulp van een Nederlandse vertaling van de Beck Depression Inventory (BDI: Beck et al., 1961; Beck et al., 1979; vertaling: Bouman et al., 1985). De lijst bestaat uit 21 items met een 4-punts Likert schaal waarop de alternatieven een waarde tussen 0 en 3 kunnen krijgen. De scores kunnen daardoor variëren tussen 0 en 63. Een lage score was gunstig. De BDI geldt als een betrouwbare lijst. Test-hertest correlaties variëren tussen 0.60 en 0.90 (Boelens, 1990). Ook de interne consistentie is bevredigend. Alpha-waarden liggen rond 0.85 (Bouman, 1989). Ook de validiteit is met  $>0.75$  voldoende (Bouman, 1989).

#### **Problemen in de partnerrelatie**

Problemen in de partnerrelatie werden geoperationaliseerd door het probleemoplossend vermogen van partners te bepalen aan de hand van de Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst (IPOV: Lange, 1983). Deze vragenlijst bestond uit 17 vragen. Op een 5-punts Likert schaal kon worden gescoord tussen 1 en 5. De vragen verwezen zowel naar positieve als naar negatieve kenmerken van het probleemoplossend vermogen van de partners. De lijst werd alleen bij de patiënt afgenomen, niet bij de partner. De patiënt moest aangeven in hoeverre de uitspraken van toepassing waren. Wanneer alle vragen in dezelfde richting werden omgescoord, konden de totaalscores variëren tussen 17 en 85. Een hoge score was gunstig.

De IPOV is een betrouwbare maat ( $\alpha=0.90$ ) om het probleemoplossend vermogen bij (echt)paren vast te stellen. Ook de validiteit ( $>0.70$  bij een patiëntenpopulatie) is bevredigend (Lange, 1983). De IPOV-score kan als een maat voor huwelijks(dis)satisfactie worden beschouwd (Lange, 1983; Hoogduin, 1985).

#### **Sociale angst**

De mate van sociale angst werd bepaald met behulp van de Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG: Arrindell et al., 1984). De lijst bestond uit 50 vragen, waarin een viertal dimensies van sociale angst werd onderzocht. De vragen hadden betrekking op het uitvoeren van als assertief te beschouwen gedragingen. De patiënten moesten alle vragen twee keer scoren op een 5-punts Likert schaal die varieerde tussen nooit (1) en altijd (5). Eerst moest worden aangegeven in hoeverre het uitvoeren van het genoemde assertieve gedrag aanleiding zou zijn voor spanning

en nervositeit. Bij de tweede keer werd gevraagd naar de mate waarin het bewuste gedrag in feite werd uitgevoerd.

Voor de SIG konden, onder meer, twee totaalscores worden berekend (de SIG-spanning en de SIG-frequentie), welke beide een range hadden tussen 50 en 250. Een lage score was gunstig voor de SIG-spanning en ongunstig voor de SIG-frequentie.

De betrouwbaarheid van de SIG is goed. Er worden alpha's voor zowel SIG-spanning als voor SIG-frequentie gerapporteerd van ongeveer 0.90. De validiteit is voldoende (Emmelkamp et al., 1989; Boelens, 1990).

### *5.5.6 Achtergrondvariabelen*

#### **Biografische gegevens en eerdere behandeling**

Drie biografische gegevens werden tijdens de diagnostische fase door de intaker genoteerd: geslacht, leeftijd en burgerlijke staat. Ook noteerde de intaker of de patiënt ooit eerder onder psychiatrische behandeling was geweest vanwege agorafobische problematiek.

#### **Kwaliteit van de therapeutische relatie**

De kwaliteit van de therapeutische relatie werd vastgesteld aan de hand van een Nederlandse vertaling van de verkorte versie van de Barret-Lennard Relationship Inventory (RI: Barrett-Lennard, 1962; Lietear, 1976). De volledige RI bestaat uit 48 items, waarmee zeven verschillende kenmerken van de therapeutische relatie worden gemeten. Het gaat daarbij om kenmerken die vooral binnen de client-centered therapie als belangrijk worden beschouwd. In de verkorte versie van de RI werden alleen de kenmerken empathie (E), positieve gezindheid (P), incongruentie (I) en negatieve gezindheid (N) onderzocht. Zowel de therapeut-versie van deze EPIN-subschalen, waarin de therapeut zijn houding ten opzichte van de patiënt aangaf als de patiënt-versie, waar het ging om de therapeutische opstelling zoals die door de patiënt werd ervaren, werden afgenomen.

De EPIN bestond uit 24 vragen met een 6-punts Likert schaal, waarop moest worden aangegeven in hoeverre een bepaalde uitspraak van toepassing was. De verschillende uitspraken waren soms positief en soms negatief geformuleerd. Wanneer alle scores naar één richting werden omgecoördineerd, kon de mate waarin uitspraken van toepassing waren, variëren tussen helemaal niet (1) en helemaal wel (6). De totaalscores op de EPIN konden daardoor uiteenlopen van 24 tot 144. Een hoge score was gunstig.

De RI in zijn geheel is voldoende betrouwbaar. Voor de test-hertest betrouwbaarheid worden waarden gevonden tussen 0.80 en 0.90 (Schaap et al., 1993). Scores op de in de beginfase van de behandeling afgenomen EPIN geven ook van de kwaliteit van de therapeutische



relatie in gedragstherapieën een voldoende betrouwbaar beeld (de Beurs et al., 1990; Schaap et al., 1993).

#### *5.5.7 Geloofwaardigheid van de behandeling en therapietrouw*

Om de therapietrouw van de patiënten en de geloofwaardigheid van de behandelingen te bepalen, werd een aantal vragen geformuleerd, die tezamen de Conditie Controle (CC; zie bijlage 2) werden genoemd. De CC bestond uit vijf vragen, die op een 5-punts schaal moesten worden beantwoord. De scores konden variëren tussen 1 en 5. De totaalscore was daardoor minimaal 5 en maximaal 25. Een hoge score was een gunstige indicatie voor de 'treatment integrity'.

## 5.6 Aard van de behandelingen

Er waren twee behandelcondities: PM+EV en EV. Beide duurden elf zittingen. De aard van PM was voor patiënten die tevens aan het HVS leden enigszins anders dan voor patiënten bij wie dat niet het geval was. Voor alle interventies en therapeutische technieken zijn protocollen geschreven. De therapeuten moesten zich zoveel mogelijk aan deze protocollen houden (zie: bijlage 3). Alle therapiezittingen begonnen met een bespreking van het door de patiënt uitgevoerde huiswerk. Dit gebeurde aan de hand van een door de patiënt bijgehouden dagboek (zie: bijlage 4). Vervolgens werden tijdens de zitting één of meer oefeningen gedaan of toegelicht. Over deze oefeningen werd steeds schriftelijke informatie mee naar huis gegeven. De brochures over PM waren speciaal voor het onderzoek geschreven. Die over ontspanningsoefeningen was van Grol (Grol & Orlemans, 1979), terwijl de brochure over EV een bewerking was van het materiaal van Mathews (Mathews et al., 1981)<sup>2</sup>. Iedere therapiezitting werd afgesloten met het opgeven van nieuw huiswerk. Over de uitvoering hiervan moest de patiënt opnieuw registraties bijhouden in het dagboek.

De behandelingen kunnen worden gekarakteriseerd als 'kaal'. Dat wil zeggen dat slechts aandacht werd besteed aan hetzij PM, hetzij EV. Er was geen ruimte om andere problemen uitvoerig te bespreken met de therapeut. Voor zover bespreking van andere onderwerpen gewenst of nodig was, diende dat zoveel mogelijk na de elfde zitting te gebeuren.

Hieronder worden de meest essentiële elementen van de behandelingen nader toegelicht.

---

<sup>2</sup> De brochures met informatie voor patiënten over zowel PM als EV kunnen bij de auteur worden opgevraagd.

### *5.6.1 PM bij patienten met het HVS*

De PM/HVS bestond uit de eerste drie zittingen van de in totaal elf geprotocolleerde therapiesessies. De drie in 3.5.3 genoemde kenmerken van PM bij patienten met het HVS zijn in deze zittingen te herkennen. Er werd een geruststellende rationale voor de gevreesde lichamelijke verschijnselen gegeven (1), er werden copingvaardigheden aangeleerd (2) en er vond exposure plaats aan de gevreesde symptomen (3). In de eerste therapiezitting werd aan de patient een geruststellende uitleg over het HVS gegeven. Hierna werd een hyperventilatie-aanval in de zitting geprovoceerd. De patient leerde hoe hij deze met gebruikmaking van een plastic zak weer onder controle kon krijgen (Hoogduin, 1977). Hierna kreeg de patient de opdracht deze oefening dagelijks thuis uit te voeren. Tenslotte kreeg de patient aan het eind van deze zitting een 'anti-EV' advies: zolang hij met de PM-fase van de behandeling bezig was, werd hem sterk ontraden zich meer dan strikt noodzakelijk was, bloot te stellen aan agorafobische situaties (Lange, 1987a). Tijdens de tweede en de derde zitting van PM leerde de patient alternatieven voor het gebruik van de plastic zak. Hierbij werden zowel buikademhalingsoefeningen als ontspanningsoefeningen toegepast. In de derde therapiezitting werd, nadat eerder een hiërarchie van agorafobische situaties was opgesteld, de overgang gemaakt van de PM-fase naar de EV-fase van de behandeling. Het 'anti-EV' advies dat tijdens de gehele PM had gegolden, werd opgeheven.

### *5.6.2 PM bij patienten zonder het HVS*

Ook de behandelconditie PM/geen HVS nam de eerste drie van de in totaal elf geprotocolleerde therapiezittingen in beslag. De eerder genoemde drie elementen van PM (zie: 3.5.2) waren ook hier terug te vinden: een geruststellende rationale, copingvaardigheden en exposure aan de gevreesde panieksymptomen. In grote lijnen was de PM voor patienten zonder het HVS dan ook vergelijkbaar met die voor patienten met het HVS.

In de eerste therapiezitting kregen de patienten een geruststellende uitleg over paniek. Daarna leerden de patienten de zelfsuggestieve methode voor ontspanning toe te passen (Grol & Orlemans, 1979). Vervolgens induceerde de therapeut een (milde) paniekaanval. Dit kon op verschillende manieren gebeuren. Meestal begon de therapeut ermee de patient te vragen zich een situatie voor te stellen waarin paniek regelmatig optreedt. Vervolgens richtte hij de aandacht van de patient op interne panieksensaties. Wanneer de patient panieksensaties gewaar werd, moest hij de geprovoceerde aanval met behulp van de ontspanningsoefening afbreken. De patient kreeg de ontspannings- en provocatie-oefeningen mee als dagelijks uit te voeren huiswerk. Tevens kreeg de patient een voor de gehele PM-fase geldend 'anti-EV' advies.

Tijdens de tweede en de derde zitting van de PM-fase werden geen nieuwe elementen toegevoegd. Anders dan bij PM/HVS deden de patiënten in PM/geen HVS dus drie weken lang dezelfde PM. In de derde therapiezitting werd ook hier de overgang naar EV gemaakt, nadat eerder een hiërarchie van agorafobische situaties was opgesteld. Het 'anti-EV' advies werd hierbij opgeheven.

### *5.6.3 EV bij patiënten die geen PM vooraf kregen*

Bij EV/geen PM moesten de patiënten zich vanaf het begin blootstellen aan agorafobische situaties die in een op het individu toegesneden hiërarchie waren gerangordend. EV duurde elf therapiezittingen en de patiënten kregen geen expliciete instructies in de toepassing van copingvaardigheden.

Tijdens de eerste therapiezitting werd een rationale gegeven voor EV. Het begrip 'angst voor de angst' en de overweging dat vermijding angst in stand kan houden, waren centrale thema's in deze rationale. Het geleidelijk aan doorbreken van vermijding werd als belangrijkste therapeutische maatregel naar voren gebracht.

### *5.6.4 EV bij patiënten die PM vooraf kregen*

EV/PM verschilde in twee opzichten van de EV die hierboven werd beschreven. Ten eerste duurde EV in de PM+EV condities korter: acht therapiezittingen in plaats van elf. Ten tweede was de rationale voor EV iets anders. Er werd benadrukt dat de patiënt nu ervaring moest opdoen in het toepassen van PM in levensechte panieksituaties.

Daartoe moest het oefenniveau uit de angsthiërarchie zodanig worden gekozen dat (milde) paniekverschijnselen vrijwel zeker zouden optreden. Met behulp van tijdens PM geleerde vaardigheden moest de patiënt dan trachten deze panieksensaties in de agorafobische situatie zelf weer onder controle te krijgen. Geheel in lijn met deze rationale, werd het nut van het ervaren van panieksensaties tijdens de exposure benadrukt. Deze boden immers een goede gelegenheid om met de PM-vaardigheden te oefenen en deze, waar nodig, te vervolmaken. Door deze benadering kreeg de uitvoering van EV een enigszins paradoxaal karakter: de patiënt moest juist in paniek raken om zo te kunnen leren hoe hij er weer controle over kon krijgen (Lange, 1987a).

## 5.7 Procedure van dataverzameling

Iedere patiënt die zich gedurende de onderzoeksperiode met angstklachten aanmeldde bij één van de deelnemende instituten, werd gezien door een intaker, die verder niet bij het onderzoek was betrokken. Wanneer de hoofddiagnose 'paniekstoornis met agorafobie' was gesteld en wan-

neer was onderzocht in hoeverre de patiënt aan de andere in- en exclusiecriteria (afgezien van de aanwezigheid van een ernstige lichamelijke ziekte) voldeed, werd hem gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Indien hierin was toegestemd, werden afspraken gemaakt voor het medisch onderzoek en de eerste testafname.

Tijdens het medisch onderzoek bij een onafhankelijk internist/longarts, werd vastgesteld of de patiënt wel of niet aan het aanvullend diagnostische criterium HVS voldeed. Tevens werd bepaald of er medische redenen waren om de patiënt alsnog van deelname aan het onderzoek uit te sluiten. Wanneer dat niet het geval was, werd de patiënt door een onafhankelijke testafnemer getest, twee weken voordat de eerste therapiezitting plaatsvond. Ook de volgende testzittingen werden uitgevoerd door een testafnemer die verder niet bij het onderzoek was betrokken.

## 5.8 De voorstudie

Voorafgaande aan het onderzoek waarvan hierboven de methode is beschreven, is op de Riaggs Zuidhage en Westhage in Den Haag een voorstudie uitgevoerd. Over dit onderzoek is elders gerapporteerd (Korrelboom et al., 1992). De opzet van deze voorstudie verschilde in een paar opzichten van de onderzoeksmethode die hierboven is weergegeven. Dit had voor het grootste deel te maken met praktische, uitvoeringstechnische redenen. De verschillen waren vooral gelegen in de wijze waarop de aanvullende diagnose HVS werd gesteld en in de onafhankelijkheid van de intakers en de therapeuten. In de voorstudie was geen medische screening opgenomen. De aanvullende diagnose HVS werd bepaald aan de hand van een vragenlijst (Garssen et al, 1984) en het al dan niet aanwezig zijn van een ernstige lichamelijke ziekte werd vastgesteld op basis van informatie van de huisarts. Verder fungeerden in de voorstudie de onderzoekers zelf als intaker en als therapeut.

De bevindingen met deze studie hebben echter ook geleid tot een meer ingrijpende wijziging. In de voorstudie was een placebo-conditie (PL) opgenomen. Drie zittingen PM + acht zittingen EV werden vergeleken met drie zittingen PL + acht zittingen EV. De indruk bestond echter dat binnen de PL-conditie verschillende oncontroleerbare factoren een onbedoeld therapeutisch effect hadden gehad. In het huidige onderzoek is daarom van PL afgezien. Een vergelijking tussen drie zittingen PM + acht zittingen EV met elf zittingen EV leek een meer zuivere methode om de mogelijke meerwaarde van PM ten opzichte van EV te onderzoeken. PL+EV-patiënten uit de voorstudie konden daardoor niet in de uiteindelijke resultaten van het huidige onderzoek worden meegenomen. Voor patiënten uit PM+EV gold dat wel. Zij ondergingen immers dezelfde interventies als de overige patiënten.

# HOOFDSTUK 6. BASELINE METINGEN

## 6.1 Inleiding

Om onderzoeksresultaten op de juiste waarde te kunnen schatten, is inzicht in de beginsituatie van groot belang. Niet alleen kunnen de bevindingen zo beter worden vergeleken met die uit andere onderzoeken, men kan ook nagaan of voldoende is tegemoet gekomen aan de bedoelingen van een gerandomiseerde toewijzingsprocedure. Met name het tweede aspect zal in dit hoofdstuk verder worden onderzocht.

Hoewel randomisatie juist wordt toegepast om onderzoeksgroepen vergelijkbaar te maken, wordt deze doelstelling in de praktijk niet altijd bereikt. Vooral bij relatief kleine steekproeven kunnen kenmerken van patiënten welke mogelijk van invloed zijn op de resultaten, ook na a-selecte toewijzing, toch ongelijk verdeeld blijken te zijn over de steekproeven. Hieronder worden de belangrijkste van die kenmerken besproken.

## 6.2 Aanmelding

Er zijn geen speciale acties ondernomen om patiënten voor het onderzoek te werven. Zowel patiënten als hun verwijzers waren over het algemeen niet vooraf op de hoogte van het feit dat een onderzoek naar de behandeling van paniekstoornis met agorafobie plaatsvond. De patiënten vernamen dit pas, wanneer zij bij aanmelding aan de criteria voor deelneming leken te voldoen.

Tussen maart 1988 en oktober 1991 werden op de vier behandelcentra in totaal 97 patiënten voor het onderzoek aangemeld. De meeste patiënten waren afkomstig uit Delft en Den Haag. Vrijwel iedereen werd door de huisarts verwezen. Van de aangemelde patiënten deed 92% (89) daadwerkelijk mee aan het onderzoek. Van hen voltooide 70% (62) de behandeling (zie: tabel 6.1).

---

**Tabel 6.1: Patiënten in het onderzoek**

	n	%
Aanmelding	97	100
M1	89	92
M2	74	76
M3	62	64

---

## 6.3 Weigeraars

Van de 97 aangemelde patiënten die voldeden aan de selectiecriteria, weigerden acht mee te doen aan het onderzoek. In Delft, waar het aantal deelnemers het grootste was, was het percentage weigeraars het hoogst. Zes weigeraars vonden het somatisch onderzoek een te grote belasting, van de beide anderen is de reden van weigeren niet bekend (zie: tabel 6.2).

**Tabel 6.2: Aanmeldingen en weigeraars**

locatie	aanmeldingen (n=97)	weigeraars (n=8)
Delft	65	7
Zuidhage	5	0
Westhage	5	0
Bloemendaal	22	1

## 6.4 Kenmerken van patiënten

Er namen 55 vrouwen en 34 mannen deel aan het onderzoek. Iets meer dan de helft van de patiënten was gehuwd<sup>3</sup>, terwijl ruim een kwart eerder in behandeling was geweest. De leeftijden van de deelnemende patiënten varieerden tussen 19 jaar en 60 jaar. De gemiddelde leeftijd lag iets boven de 33 jaar. Tabel 6.3 geeft een gedetailleerd overzicht.

**Tabel 6.3: Biografische gegevens (n=89)**

	gehuwd	eerder behandeld	leeftijd
vrouwen (n=55)	56%	31%	33.2 (Sd = 8.8)
mannen (n=34)	56%	18%	33.8 (Sd = 8.6)
totaal (n=89)	56%	26%	33.4 (Sd = 8.7)

<sup>3</sup> Hier en verderop worden ook samenwonenden beschouwd als 'gehuwden'.

## 6.5 Biografische en psychologische kenmerken van patiënten, onderscheiden naar behandelconditie

Patiënten werden a-select toegewezen aan één van beide behandelcondities. Uiteindelijk kwamen 37 patiënten in de behandelconditie EV terecht, terwijl 52 patiënten aan PM+EV werden toegedeeld. Het vrij grote verschil in aantal patiënten tussen de condities is vooral ontstaan doordat 10 patiënten uit het Riagg-onderzoek in de conditie PM+EV zijn opgenomen. Op de Riagg waren geen patiënten die uitsluitend met EV werden behandeld (zie: 5.8).

Het is nu de vraag of de a-selectie toewijzing er inderdaad toe heeft geleid, dat beide patiëntengroepen op de baselinemeting vergelijkbaar zijn. Om deze vraag te beantwoorden zijn van de patiënten in beide behandelcondities 'profielen' gemaakt. Voor deze profielen is gebruik gemaakt van:

- biografische gegevens
- beginscores op uitkomstvariabelen
- beginscores op indicatoren voor comorbiditeit.

De biografische gegevens waren: 'geslacht'; 'burgerlijke staat'; 'eerder in behandeling zijn geweest'; en 'leeftijd'.

De uitkomstvariabelen waren onderverdeeld in 'feitelijk agorafobisch gedrag', hetgeen werd gemeten met de gedragstest; in 'gepercipieerd agorafobisch gedrag', hetgeen werd gemeten met de MI, waarvan zowel de scores op 'alleen-situaties' (MI-alleen) als die op 'samen-situaties' (MI-samen) werden gebruikt; in 'agorafobische cognities', hetgeen werd gemeten met de ACV; en in 'gepercipieerde hyperventilatie' hetgeen werd gemeten met de NHV.

Comorbiditeit werd onderscheiden in 'depressiviteit', hetgeen werd gemeten met de BDI; in 'sociale angst', hetgeen werd gemeten met de SIG, waarvan zowel de score op angstniveau (SIG-sp.) als die op vermijding van sociaal angstwekkende situaties (SIG-fr.) werd gebruikt; en in 'problemen in de partnerrelatie', hetgeen werd gemeten met de IPOV.

Voor de dichotome variabelen is getoetst op verschillen met behulp van de chi-kwadraat toets, waarbij de continuïteits-correctie is toegepast. Eventuele verschillen op de continue variabelen zijn onderzocht met behulp van ANOVA. De resultaten zijn weergegeven in de tabellen 6.4, 6.5 en 6.6.

**Tabel 6.4: Biografische gegevens, onderscheiden naar behandelconditie**

	PM+EV (n=52)		EV (n=37)		p
geslacht					
– vrouwen	34	(65%)	21	(57%)	0.55
– mannen	18	(35%)	16	(43%)	
burgerlijke staat					
– gehuwd	31	(60%)	19	(51%)	0.58
– ongehuwd	21	(40%)	18	(49%)	
eerder behandeld					
– ja	15	(29%)	8	(22%)	0.60
– nee	37	(71%)	29	(78%)	
leeftijd	33.0	(8.8)	34.4	(8.5)	0.61
leeftijd = gemiddelde (standaarddeviatie)					
p = significantieniveau					

**Tabel 6.5: Beginscores op angst, onderscheiden naar behandelconditie**

	PM+EV (n=52)		EV (n=37)		p
	gem	Sd	gem	Sd	
feitelijk gedrag					
– lopen	6.96	6.15	7.95	7.44	0.51
– supermarkt	3.02	4.32	3.59	5.13	0.58
– openb. vervoer	1.49	3.32	1.68	3.50	0.79
gepercipieerd gedrag					
– MI-alleen	3.5	0.8	3.5	0.8	1.00
– MI-samen	2.5	1.0	2.8	0.9	0.15
cognitie					
– ACV	34.6	10.6	33.1	9.2	0.50
gepercipieerde hyperventilatie					
– NHV	36.6	7.6	36.4	9.0	0.91
gem = gemiddelde					
Sd = standaarddeviatie					
p = significantieniveau					



**Tabel 6.6: Beginscores op comorbiditeit, onderscheiden naar behandelconditie**

	PM+EV (n=52)		EV (n=37)		p
	gem	Sd	gem	Sd	
depressiviteit					
– BDI	18.2	9.2	17.4	7.5	0.65
sociale angst					
– SIG-sp	126.8	41.5	111.8	32.8	0.06
– SIG-fr	134.1	23.5	146.5	25.2	0.02
problemen partner-relatie					
– IPOV	58.9	15.3	64.5	13.8	0.12

gem = gemiddelde  
Sd = standaarddeviatie  
p = significantieniveau

Tussen beide behandelcondities komen, met uitzondering van sociale angst (SIG), geen statistisch significante verschillen voor. Wat betreft vermijding van sociaal angstwekkende situaties (SIG-fr.) bestaat wel een statistisch significant verschil tussen beide groepen (significantieniveau: 0.05). Het verschil qua niveau van sociale angst (SIG-sp.) tendeeert naar statistische significantie. Patiënten in EV blijken aan het begin van de behandeling minder sociaal angstig te zijn dan die in PM+EV. Deze bevinding kan een rol spelen bij de interpretatie van de resultaten van de behandeling. Dat geldt met name wanneer de EV-conditie effectiever zou blijken te zijn dan PM+EV, of wanneer geen verschil zou worden gevonden tussen de behandelcondities. Echt serieus zou dit probleem pas worden, wanneer een grote samenhang zou blijken te bestaan tussen agorafobie en sociale angst.

## 6.6 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is de situatie aan het begin van de behandeling beschreven. De uitval van patiënten gedurende het onderzoek is weergegeven, evenals de verdeling van weigeraars over de verschillende instituten. Verder is een aantal kenmerken genoemd van de patiënten die uiteindelijk aan het onderzoek deelnamen. Tenslotte is nagegaan of de patiënten in beide groepen in voldoende mate overeenkwamen op de baselinemeting. Hierbij is gebruik gemaakt van biografische informatie,

van de beginscores op angst als uitkomstvariabele en van de beginscores op comorbiditeit (depressiviteit, sociale angst en problemen in de partnerrelatie).

Qua leeftijd, geslacht en huwelijkse staat lijken de patiënten uit het huidige onderzoek zich niet te onderscheiden van wat de literatuur hierover doorgaans vermeldt (Marks, 1987a). Dit betekent dat men er op mag vertrouwen dat de bevindingen van het onderzoek kunnen worden gegeneraliseerd naar de agorafobische populatie.

Verder blijken de patiënten zowel qua biografische gegevens als qua beginsituatie op angst en comorbiditeit redelijk gelijk over de beide behandelcondities te zijn verdeeld. De randomisatie kan daarom grotendeels als geslaagd worden beschouwd. Dit betekent dat men erop mag vertrouwen dat verschillen tussen de beide behandelcondities welke eventueel worden gevonden na afloop van de therapie, het gevolg zijn van de aard van de behandeling en niet van verschillen in de samenstelling van de steekproeven.

Een kanttekening moet echter worden gemaakt bij de mate van sociale angst. Patiënten in EV blijken bij aanvang van de therapie significant minder sociaal angstig te zijn dan die in PM+EV. Dit kan het interpreteren van de resultaten van de behandeling enigszins compliceren wanneer, bijvoorbeeld, zou blijken dat EV tot betere resultaten op agorafobie leidt dan PM+EV, of wanneer zou blijken dat beide behandelingen in gelijke mate effectief zijn op deze uitkomstvariabele. In beide gevallen weet men niet goed of deze uitkomst het gevolg is van de toegepaste behandelmethodes, óf dat zij moet worden toegeschreven aan de geringere mate van sociale angst van de patiënten in EV bij het begin van de therapie. Overigens zou dit probleem pas serieus worden, wanneer een relatief grote samenhang zou blijken te bestaan tussen agorafobie en sociale angst. Vanuit een andere vraagstelling wordt deze vraag beantwoord in hoofdstuk 8.

# HOOFDSTUK 7. EFFECTEN VAN DE BEHANDELING: TRENDANALYSES

## 7.1 Inleiding

De hoofdvraagstelling van het onderzoek had betrekking op de mogelijke meerwaarde van PM ten opzichte van EV. Het was, met andere woorden, de vraag of patiënten met de diagnose paniekstoornis met agorafobie in het algemeen meer zijn gebaat bij een behandeling waar bij EV wordt voorafgegaan door een interventie met PM, dan bij een therapie waar dat niet het geval is.

In hoofdstuk 4 is beargumenteerd waarom de effectiviteit van therapieën beter kan worden vastgesteld aan de hand van meerdere criteria voor het effect dan aan de hand van één. Deze voorkeur werd gebaseerd op de theorie van Lang over de verschillende responsssystemen bij angst (Lang, 1968). In het huidige onderzoek is er om praktische redenen voor gekozen om slechts twee van de drie door Lang genoemde responsssystemen direct te meten. In hoofdstuk 5 is aangegeven hoe dat is gebeurd.

‘Agorafobisch gedrag’ is op twee manieren geoperationaliseerd.

Enerzijds is gebruik gemaakt van de Gedragstest die uit drie onderdelen bestond: ‘lopen’, ‘supermarkt’ en ‘openbaar vervoer’. Deze uitkomstvariabele wordt verder steeds ‘feitelijk agorafobisch gedrag’ genoemd en wordt beschouwd als een rechtstreekse meting van het betreffende responsstelsel. Daarnaast werd een vragenlijst met betrekking tot agorafobisch gedrag afgenomen, de MI. Hiervan werden twee scores berekend: de score op situaties die de patiënt alleen betreedt (alleen-situaties) en de score op diezelfde situaties, maar dan in het gezelschap van een vertrouwd persoon (samen-situaties). Deze uitkomstvariabele wordt verder steeds ‘gepercipieerd agorafobisch gedrag’ genoemd.

De uitkomstvariabele ‘agorafobische cognities’ werd geoperationaliseerd aan de hand van een vragenlijst: de ACV. Deze operationalisatie wordt beschouwd als een rechtstreekse meting van het betreffende responsstelsel.

Tenslotte werd nog een derde vragenlijst afgenomen om de effecten van de therapie vast te stellen. Effecten op de uitkomstvariabele ‘gepercipieerde hyperventilatie’ werden vastgesteld aan de hand van de NHV.

In dit hoofdstuk zal de trend van de veranderingen tijdens het beloop van de therapie worden geanalyseerd. Daartoe worden de resultaten vermeld welke werden behaald op de drie metingen (twee weken vooraf-

gaande aan de behandeling: M1; na drie therapiezittingen: M2; en na elf therapiezittingen: M3).

Allereerst wordt nagegaan of de verschillen in effectiviteit tussen de twee behandelmethodes, welke vooraf werden verwacht, inderdaad konden worden gevonden. Verschillen worden daarbij getoetst op statistische significantie. Daarna wordt ook de grootte van de effecten onderzocht. Het hoofdstuk sluit af met achtereenvolgens een conclusie, een discussie en een samenvatting.

## 7.2 Statistische analyse

Bij zowel het onderzoek naar mogelijke verschillen tussen de twee behandelmethodes als bij dat naar de grootte van de effecten, zijn per uitkomstvariabele steeds twee analysestrategieën toegepast. Bij de zogenaamde 'complete cases' strategie werden patiënten van wie data ontbraken, uit de analyses weggelaten. Bij de zogenaamde 'intention to treat' strategie zijn deze patiënten wel in de analyses betrokken. De waarden van de missing data werden in dat geval geschat. Eén en ander wordt hieronder nader toegelicht.

### 7.2.1 Twee analysestrategieën: 'complete cases' en 'intention to treat'

Bij statistische analyses is het de vraag welke gedragslijn moet worden gevolgd ten aanzien van missing data. Dikwijls zijn missing data te wijten aan dropout. Dat was ook in het huidige onderzoek het geval.

Het is niet altijd geheel en al duidelijk waarom patiënten voortijdig therapieën afbreken. Vaak zal het voortijdig beëindigen van een therapie betekenen dat de patiënt te weinig baat vindt bij de behandeling, of dat de therapie voor hem te veeleisend is. Het zonder meer weglaten van dropouts uit de berekeningen zal in dat geval een te positief beeld geven van de effecten van de behandeling. Toch wordt deze gedragslijn in veel onderzoek gevolgd. Barlow (1988) meent daarom dat de gerapporteerde successen van exposuretherapie met tien tot vijftien procent moeten worden verlaagd, wanneer men dropouts zou meetellen.

Wanneer men dropouts wel wil laten meetellen, moet men de missing data schatten. Het is daarbij de vraag hoe dat het beste kan worden gedaan. Immers, het voortijdig afbreken van een therapie hoeft niet noodzakelijkerwijs te betekenen dat de patiënt onvoldoende baat had bij de behandeling (Liddell et al., 1986).

In de praktijk worden missing data dikwijls geschat door het groepsge-middelde te substitueren voor de ontbrekende gegevens ('mean substitution'). Eén van de nadelen van een dergelijk substitueren is dat de variantie binnen de steekproef afneemt, waardoor bias wordt geïntro-duceerd (Little, 1988).

Rekening houdend met de hierboven geschetste problemen rond missing data, is de vraagstelling van het onderzoek steeds op twee manieren beantwoord. In een 'complete cases' analyse is allereerst de gedragslijn gevolgd welke men in de meeste onderzoeken aantreft. Indien er na de derde en/of elfde therapiezitting geen gegevens waren van een patient op de te analyseren uitkomstvariabele, werd de betreffende patient uit de analyse geelimineerd.

Daarnaast is voor iedere uitkomstvariabele een analyse uitgevoerd volgens het 'intention to treat' principe (Miettinen, 1985). In deze analyses zijn alle patienten betrokken die minimaal één behandelsessie meemaakten en van wie (dus) minstens de resultaten op de voormeting (M1) beschikbaar waren. De data van ontbrekende patienten werden daarbij geschat volgens de methode van 'predicted mean matching' (Little, 1988). Voordat de keuze van de statistische toetsen nader wordt belicht, wordt beschreven hoe te werk is gegaan bij de toepassing van deze schattingsmethode.

### 'Predicted mean matching'

Volgens het 'intention to treat' principe moeten alle patienten die zich hebben aangemeld voor een behandeling en daartoe zijn toegelaten, worden opgenomen in de berekeningen (Miettinen, 1985). Missing data worden in dat geval geschat.

In het huidige onderzoek zijn deze gegevens geschat met behulp van de methode die bekend staat als 'predicted mean matching' (Little, 1988). 'Predicted mean matching' heeft als belangrijkste voordeel boven 'mean substitution' dat de (residuele) variantie niet afneemt. Het uitgangspunt van deze methode is, dat iedere dropout het beste kan worden vergeleken met de patient die bij baseline de meest nabij liggende score heeft op de onderzochte uitkomstvariabele. De geschatte waarden op de betreffende uitkomstvariabele van alle patienten (missing en niet-missing tezamen) vormen de basis van deze procedure. Er werd als volgt te werk gegaan:

- 1) per meetmoment, dus zowel bij de tussenmeting als bij de eindmeting, werden de uitkomsten van alle patienten geschat met behulp van multi-pele, lineaire regressie analyse.
- 2) vervolgens werd van iedere ontbrekende score de 'naaste buur' opgespoord, die een geschatte waarde had welke het dichtst in de buurt kwam van de geschatte waarde van deze 'missing'.
- 3) tenslotte werd van de meest nabije 'buurman' de geobserveerde score gekozen als waarde voor de ontbrekende score. Mochten zich meerdere burens even dicht bij de geschatte waarde van de missing bevinden, dan werden van deze burens de feitelijke waarden gemiddeld. Het aldus verkregen gemiddelde werd voor de 'missing' gesubstitueerd.

Bovenstaande procedure werd voor alle ontbrekende scores gevolgd en bij iedere uitkomstvariabele uitgevoerd. In het regressiemodel werden als 'voorspellers' van de uitkomstvariabelen steeds de corresponderende baselinevariabelen tezamen met de behandelconditie gekozen.

### *7.2.2 Toetsing op verschillen*

Volgens de opzet van het huidige onderzoek konden alle uitkomstvariabelen als continue variabelen worden beschouwd. Bij de hier toegepaste onderzoeksopzet, waarbij sprake was van meerdere afhankelijke variabelen en van herhaalde metingen, is toetsing met multivariate variantie analyse voor herhaalde metingen ('MANOVA voor herhaalde metingen') binnen de gedragswetenschappen een gebruikelijke procedure om verschillen op hun statistische significantie te onderzoeken (van den Brink & Koele, 1987).

Om na te gaan of de twee behandelmethodes tot verschillende effecten hebben geleid, zijn de effecten van de behandelingen zoals die werden vastgesteld op de diverse uitkomstvariabelen, telkens twee keer getoetst met MANOVA voor herhaalde metingen. Er werd telkens eenzijdig getoetst met  $\alpha = 0.05$ . Voor eenzijdige toetsing is gekozen, omdat niet werd verwacht dat de klachten van patiënten zouden toenemen ten gevolge van de toegepaste behandelmethodes. Eerst werd geanalyseerd volgens de 'complete cases' strategie en daarna volgens de 'intention to treat' strategie. Voorts is rekening gehouden met de ongelijke tijdsintervallen tussen de meetmomenten.

### *7.2.3 Berekening van de grootte van de behandel effecten*

Het is dikwijls niet alleen van belang of een statistisch significant verschil in effectiviteit kan worden vastgesteld tussen twee behandelmethodes met behulp van MANOVA. Vaak wil men ook graag weten wat dit effectverschil, vanuit klinisch oogpunt, eigenlijk voorstelt. Men is, met andere woorden, ook geïnteresseerd in de grootte van de effecten. Dat geldt allereerst voor de effecten van de behandelmethodes op zich, het geldt eveneens voor de grootte van het effectverschil tussen de twee behandelmethodes.

Daartoe werd in het huidige onderzoek 'Cohens d' berekend. Dit is een maat voor de grootte van het effect. 'Cohens d' kan variëren tussen '- oneindig' en '+ oneindig'. Bij de waarde 0 is sprake van geen effect, bij 0.20 van een gering effect, bij 0.50 van een matig effect en bij 0.80 van een groot effect (Cohen, 1977).

Bij het berekenen van de effectgrootte van de twee behandelmethodes afzonderlijk werd voor iedere uitkomstvariabele uitgegaan van de gemiddelde vershilscores (M1-M3). Als referentie werd de standaarddeviatie van iedere uitkomstvariabele op M1 aangehouden. Bovendien

is per uitkomstvariabele gecorrigeerd voor de correlatieve samenhang tussen M1 en M3 voor alle patiënten gezamenlijk.

Vervolgens zijn per uitkomstvariabele de twee effectgroottes van de twee behandelcondities van elkaar afgetrokken. Dat leverde 'Cohens d' op voor de grootte van het effectverschil tussen de twee behandelmethodes.

De hierboven beschreven berekening van de grootte van de effecten is, analoog aan de eerder beschreven MANOVA berekeningen, zowel uitgevoerd volgens de 'complete cases' strategie als volgens die van het 'intention to treat' principe.

## 7.3 Resultaten toetsing

Per uitkomstvariabele worden telkens beide analysestrategieën na elkaar gepresenteerd. Na de resultaten volgens de 'complete cases' strategie worden steeds de resultaten volgens de 'intention to treat' strategie vermeld.

Eerst worden de uitkomsten beschreven op de uitkomstvariabele 'feitelijk agorafobisch gedrag'. Daarbij worden de resultaten weergegeven op het agorafobisch gedrag zoals dat werd vastgesteld op de Gedragstest. Vervolgens worden de resultaten vermeld op de uitkomstvariabele 'gepercipieerd agorafobisch gedrag', zoals dat werd gemeten op de vragenlijsten MI-alleen en MI-samen. In de derde plaats worden de resultaten vermeld die werden bereikt op de uitkomstvariabele 'agorafobische cognities' zoals deze werden bepaald met behulp van de ACV. Tenslotte worden de resultaten gepresenteerd op de uitkomstvariabele 'gepercipieerde hyperventilatie', welke werden berekend aan de hand van de NHV.

### 7.3.1 *Effecten op feitelijk agorafobisch gedrag*

#### **Gedragstest; 'complete cases' strategie**

In tabel 7.1 zijn voor de variabelen 'lopen', 'supermarkt' en 'openbaar vervoer' per meting en per behandelconditie de gemiddelde scores en de standaarddeviaties vermeld.

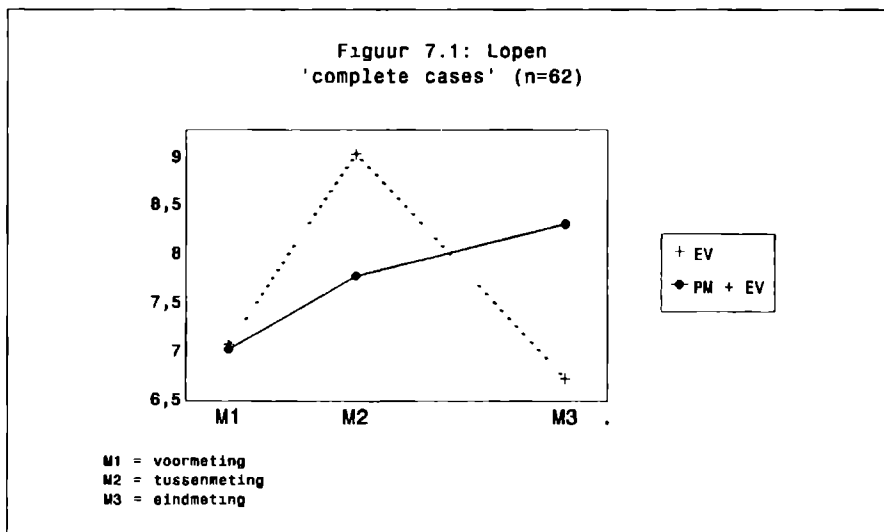
**Tabel 7.1: Gedragstest 'complete cases' (n=62)**

	M1		M2		M3	
	PM+EV	EV	PM+EV	EV	PM+EV	EV
Lopen						
gem	7.03	7.08	7.78	9.04	8.31	6.73
Sd	5.89	7.68	6.22	6.71	6.28	6.31
Supermarkt						
gem	3.39	2.69	4.64	4.77	5.03	3.69
Sd	4.47	4.23	4.76	5.31	4.65	4.32
Openbaar vervoer						
gem	2.00	1.42	1.86	2.04	2.56	2.46
Sd	3.80	3.26	3.62	3.64	4.08	4.24

M1 = voormeting  
M2 = tussenmeting  
M3 = eindmeting

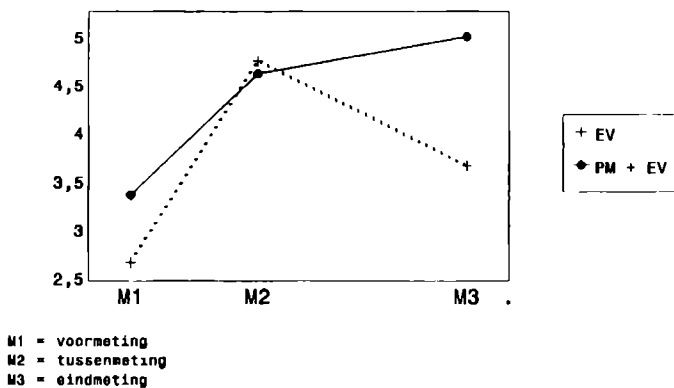
gem = gemiddelde  
Sd = standaarddeviatie

Deze gemiddelden zijn grafisch weergegeven in de figuren 7.1, 7.2 en 7.3. Een hoge score is telkens gunstig.

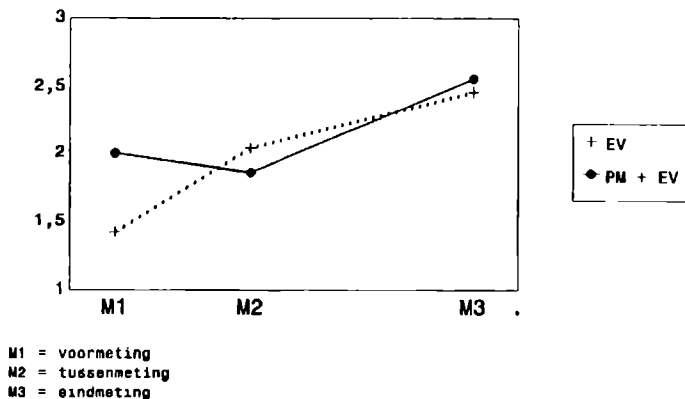




**Figuur 7.2: Supermarkt  
'complete cases' (n=62)**



**Figuur 7.3: Openbaar vervoer  
'complete cases' (n=62)**



In de tabellen 7.2, 7.3 en 7.4 staan de resultaten van de toetsing met MANOVA vermeld.

**Tabel 7.2: MANOVA Lopen 'complete cases' (n=62)**

	df	F	p
<i>herhaalde metingen (trend)</i>			
multivariate toetsing	2,59	1.17	0.31
univariate toetsing			
– lineair	1,60	0.19	0.67
– kwadratisch	1,60	2.24	0.14
<i>herhaalde metingen (trend) x behandelcondities</i>			
multivariate toetsing	2,59	1.40	0.26
univariate toetsing			
– lineair	1,60	1.20	0.28
– kwadratisch	1,60	1.53	0.22
MANOVA = multivariate variantie analyse voor herhaalde metingen			
df = degrees of freedom (vrijheidsgraden)			
F = multivariate F-test		p = significantie niveau	

**Tabel 7.3: MANOVA Supermarkt 'complete cases' (n=62)**

	df	F	p
<i>herhaalde metingen (trend)</i>			
multivariate toetsing	2,59	3.40	0.04
univariate toetsing			
– lineair	1,60	3.68	0.06
– kwadratisch	1,87	3.88	0.05
<i>herhaalde metingen (trend) x behandelcondities</i>			
multivariate toetsing	2,59	0.71	0.50
univariate toetsing			
– lineair	1,60	0.34	0.56
– kwadratisch	1,60	0.97	0.33
MANOVA = multivariate variantie analyse voor herhaalde metingen			
df = degrees of freedom (vrijheidsgraden)			
F = multivariate F-test		p = significantie niveau	

**Tabel 7.4: MANOVA Openbaar vervoer 'complete cases' (n=62)**

	df	F	p
<i>herhaalde metingen (trend)</i>			
multivariate toetsing	2,59	1 17	0 32
univariate toetsing			
– lineair	1,60	2 20	0 14
– kwadratisch	1,60	0 13	0 72
<i>herhaalde metingen (trend) x behandelcondities</i>			
multivariate toetsing	2,59	0 50	0 61
univariate toetsing			
– lineair	1,60	0 16	0 69
– kwadratisch	1,60	0 90	0 35
MANOVA = multivariate variantie analyse voor herhaalde metingen			
df = degrees of freedom (vrijheidsgraden)			
F = multivariate F-test		p = significantie niveau	

Geen van de multivariate toetsingen levert een significant verschil op tussen PM+EV en EV (zie: de interactie tussen herhaalde metingen en behandelconditie in de tabellen 7.2, 7.3 en 7.4). In termen van de vraagstelling van het onderzoek kan dus niet worden gezegd, dat PM+EV meerwaarde heeft ten opzichte van EV op de uitkomstvariabele 'feitelijk agorafobisch gedrag' zoals dat wordt vastgesteld op de Gedragstest en wanneer wordt geanalyseerd volgens de 'complete cases' strategie.

Op het onderdeel 'supermarkt' zijn alle patiënten tezamen op de eind-meting wel significant vooruit gegaan vergeleken met de beginsituatie (zie: herhaalde metingen in tabel 7.3). De vooruitgang lijkt vooral in de eerste fase van de behandeling te worden bereikt (zie: figuur 7.2). De trend van de verandering die de groep als geheel op 'supermarkt' vertoont, laat zich én als kromlijnig beschrijven én als een lineaire trend omhoog (zie: univariate toetsing herhaalde metingen in tabel 7.3). Op de beide andere onderdelen van de Gedragstest vertoont de groep als geheel geen significante vooruitgang ten opzichte van de beginmeting, wanneer wordt geanalyseerd volgens de 'complete cases' strategie (zie: herhaalde metingen tabellen 7.2 en 7.4).

## Gedragstest; 'intention to treat' strategie

In tabel 7.5 zijn voor de uitkomstvariabelen 'lopen', 'supermarkt' en 'openbaar vervoer' per meting en per behandelconditie de gemiddelde scores en de standaarddeviaties vermeld

**Tabel 7.5: Gedragstest 'intention to treat' (n=89)**

	M1		M2		M3	
	PM+EV	EV	PM+EV	EV	PM+EV	EV
Lopen						
gem	6.96	7.95	6.81	9.14	8.02	6.62
Sd	6.15	7.44	5.86	6.72	5.93	5.78
Supermarkt						
gem	3.02	3.60	4.51	5.03	4.92	4.17
Sd	4.32	5.13	4.40	5.33	4.12	4.13
Openbaar vervoer						
gem	1.48	1.68	1.61	2.26	2.29	2.71
Sd	3.32	3.50	3.30	3.91	3.43	3.99

M1 = voormeting

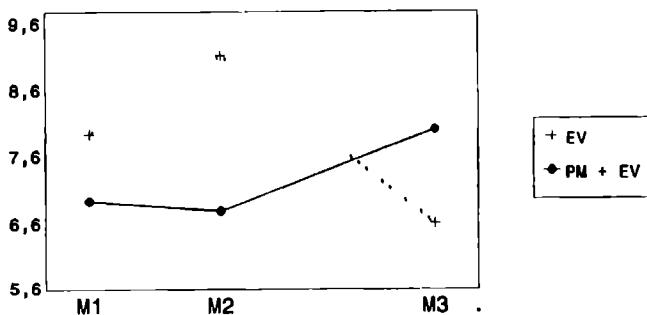
M2 = tussenmeting

M3 = eindmeting

gem = gemiddelde

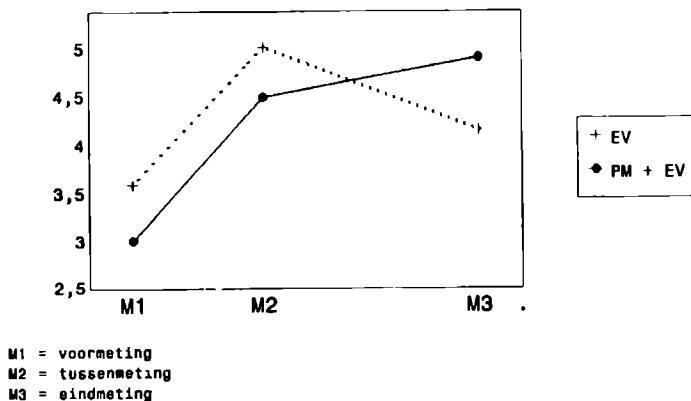
Sd = standaarddeviatie

**Figuur 7.4: Lopen  
'intention to treat' (n=89)**

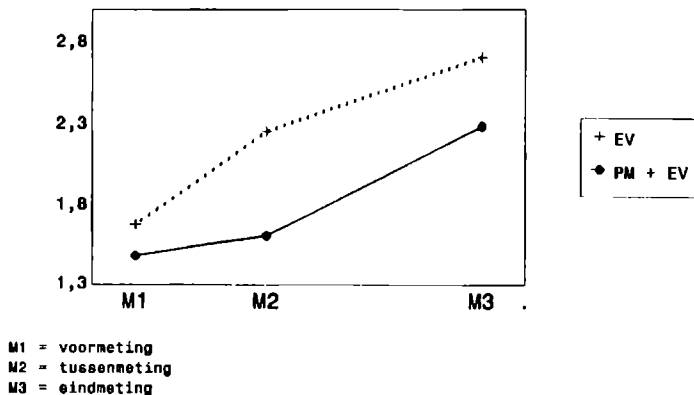


M1 = voormeting  
M2 = tussenmeting  
M3 = eindmeting

**Figuur 7.5: Supermarkt  
'intention to treat' (n=89)**



**Figuur 7.6: Openbaar vervoer  
'intention to treat' (n=89)**



Deze gemiddelden zijn grafisch weergegeven in de figuren 7.4, 7.5 en 7.6. Een hoge score is telkens gunstig.

In de tabellen 7.6, 7.7 en 7.8 staan de resultaten van de toetsing met MANOVA vermeld.

**Tabel 7.6: MANOVA Lopen ‘intention to treat’ (n=89)**

	df	F	p
<i>herhaalde metingen (trend)</i>			
multivariate toetsing	2,86	0.46	0.63
univariate toetsing			
– lineair	1,87	0.05	0.83
– kwadratisch	1,87	0.83	0.37
<i>herhaalde metingen (trend) x behandelcondities</i>			
multivariate toetsing	2,86	4.12	0.02
univariate toetsing			
– lineair	1,87	3.57	0.06
– kwadratisch	1,87	3.83	0.05
MANOVA = multivariate variantie analyse voor herhaalde metingen			
df = degrees of freedom (vrijheidsgraden)			
F = multivariate F-test		p = significantie niveau	

**Tabel 7.7: MANOVA Supermarkt ‘intention to treat’ (n=89)**

	df	F	p
<i>herhaalde metingen (trend)</i>			
multivariate toetsing	2,86	4.48	0.01
univariate toetsing			
– lineair	1,87	6.22	0.02
– kwadratisch	1,87	4.01	0.05
<i>herhaalde metingen (trend) x behandelcondities</i>			
multivariate toetsing	2,86	1.37	0.26
univariate toetsing			
– lineair	1,87	2.21	0.14
– kwadratisch	1,87	0.30	0.59
MANOVA = multivariate variantie analyse voor herhaalde metingen			
df = degrees of freedom (vrijheidsgraden)			
F = multivariate F-test		p = significantie niveau	

**Tabel 7.8: MANOVA Openbaar vervoer 'intention to treat' (n=89)**

	df	F	p
<i>herhaalde metingen (trend)</i>			
multivariate toetsing	2,86	2.93	0.06
univariate toetsing			
– lineair	1,87	5.88	0.02
– kwadratisch	1,87	0.03	0.86
<i>herhaalde metingen (trend) x behandelcondities</i>			
multivariate toetsing	2,86	0.36	0.70
univariate toetsing			
– lineair	1,87	0.06	0.81
– kwadratisch	1,87	0.67	0.42
MANOVA = multivariate variantie analyse voor herhaalde metingen			
df = degrees of freedom (vrijheidsgraden)			
F = multivariate F-test		p = significantie niveau	

Uit de multivariate toetsingen blijkt dat PM+EV significant effectiever is dan EV op de uitkomstvariabele 'lopen' van de Gedragstest (zie: interactie tussen herhaalde metingen en behandelconditie in tabel 7.6). De trend van het effect is enerzijds kromlijinig, terwijl er gelijktijdig een stijgende rechtlijnige trend bestaat. Terwijl het effect van PM+EV gedurende de behandeling lijkt toe te nemen, vallen de patiënten in EV na de tussenmeting terug nadat zij in eerste instantie vooruit zijn gegaan. Op de onderdelen 'supermarkt' en 'openbaar vervoer' van de Gedragstest bestaat geen significant verschil tussen de beide behandelmethodes. In termen van de vraagstelling van het onderzoek kan dus worden gezegd, dat PM+EV meerwaarde heeft boven EV, wanneer wordt uitgegaan van feitelijk agorafobisch gedrag zoals dat wordt vastgesteld op het onderdeel 'lopen' van de Gedragstest en wanneer wordt geanalyseerd volgens de 'intention to treat' strategie. Gemeten op de twee andere onderdelen van de Gedragstest en geanalyseerd volgens dezelfde strategie, kan deze conclusie omtrent de meerwaarde van PM+EV boven EV niet worden getrokken.

Gemeten naar hun feitelijk agorafobisch gedrag zoals dat wordt vastgesteld op de Gedragstest en wordt geanalyseerd volgens de 'intention to treat' strategie, is de groep patiënten in zijn totaal op twee onderdelen

van de uitkomstvariabele 'feitelijk agorafobisch gedrag' ('supermarkt' en 'openbaar vervoer') significant vooruit gegaan. Op het derde onderdeel van deze uitkomstvariabele ('lopen') is geen sprake van significante vooruitgang.

De trend van het significante verschil tussen M1 en M3 op 'supermarkt' is zowel lineair als kromlijngig. Na M2 treedt een afzwakking op van de vooruitgang. Op het onderdeel 'openbaar vervoer' is de trend van verandering rechtlijnig. In zijn algemeenheid blijken de patiënten op deze uitkomstvariabele een gestage vooruitgang te boeken.

Het valt op dat alle patiënten tezamen, wat betreft het onderdeel 'lopen', aan het einde van de behandeling niet significant zijn vooruitgegaan, terwijl PM+EV wel significant effectiever bleek te zijn dan EV op deze uitkomstvariabele. Eén en ander moet waarschijnlijk deels worden toegeschreven aan de terugval na de tussenmeting van de patiënten in EV. Om deze reden kan de conclusie dat PM+EV op de uitkomstvariabele 'lopen' effectiever is dan EV, wellicht beter anders worden geformuleerd: EV is bij toepassing van de 'intention to treat' strategie op de uitkomstvariabele 'lopen' significant slechter dan PM+EV.

### 7.3.2 Effecten op gepercipieerd agorafobisch gedrag

#### MI; 'complete cases' strategie

In tabel 7.9 staan de gemiddelde scores en de standaarddeviaties vermeld welke werden behaald op de 'MI-alleen' en de 'MI-samen'. De scores zijn voor beide behandelcondities per meting weergegeven.

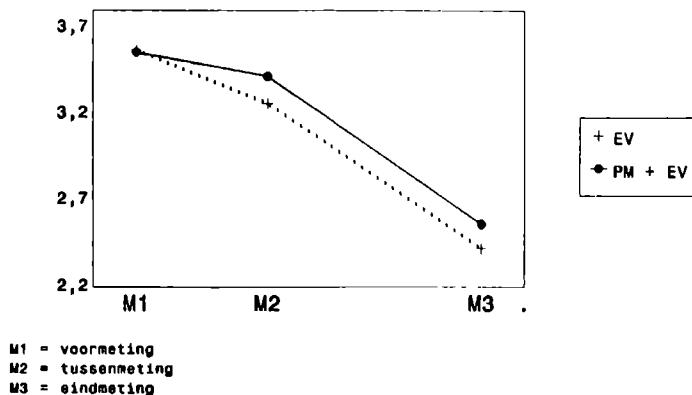
**Tabel 7.9: MI-alleen en MI-samen 'complete cases' (n=62)**

	M1		M2		M3	
	PM+EV	EV	PM+EV	EV	PM+EV	EV
MI-alleen						
gem	3.56	3.57	3.42	3.26	2.56	2.42
Sd	0.85	0.80	0.90	1.00	0.94	0.88
MI-samen						
gem	2.53	2.79	2.43	2.51	2.24	2.31
Sd	1.01	0.91	0.99	0.87	1.08	0.90
M1 = voormeting	gem = gemiddelde					
M2 = tussenmeting	Sd = standaarddeviatie					
M3 = eindmeting						

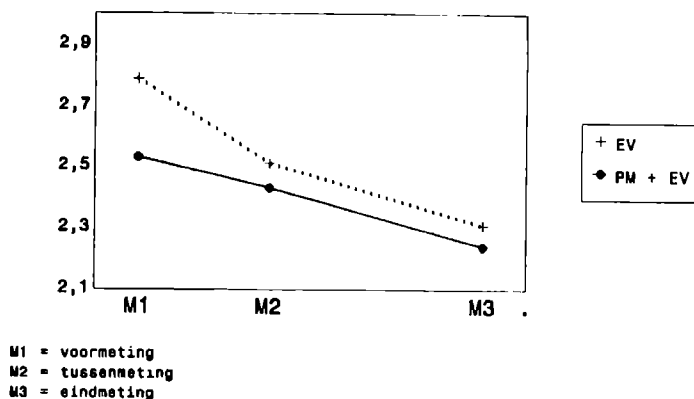


De gemiddelden zijn in de figuren 7.7 en 7.8 grafisch weergegeven. Een lage score is telkens gunstig.

Figuur 7.7: MI-alleen  
'complete cases' (n=62)



Figuur 7.8: MI-samen  
'complete cases' (n=62)



De resultaten van de toetsing met behulp van MANOVA zijn weergegeven in de tabellen 7.10 en 7.11.

**Tabel 7.10: MANOVA MI-alleen 'complete cases' (n=62)**

	df	F	p
<i>herhaalde metingen (trend)</i>			
multivariate toetsing	2,56	96 89	0 001
univariate toetsing			
– lineair	1,57	182 22	0 001
– kwadratisch	1,57	12 36	0 001
<i>herhaalde metingen (trend) x behandelcondities</i>			
multivariate toetsing	2,56	0 68	0 51
univariate toetsing			
– lineair	1,57	0 78	0 38
– kwadratisch	1,57	0 63	0 43
MANOVA = multivariate variantie analyse voor herhaalde metingen			
df = degrees of freedom (vrijheidsgraden)			
F = multivariate F-test		p = significantie niveau	

**Tabel 7.11: MANOVA MI-samen 'complete cases' (n=62)**

	df	F	p
<i>herhaalde metingen (trend)</i>			
multivariate toetsing	2,55	6 65	0 003
univariate toetsing			
– lineair	1,56	13 24	0 001
– kwadratisch	1,56	0 18	0 67
<i>herhaalde metingen (trend) x behandelcondities</i>			
multivariate toetsing	2,55	0 76	0 47
univariate toetsing			
– lineair	1,56	0 67	0 42
– kwadratisch	1,56	0 83	0 37
MANOVA = multivariate variantie analyse voor herhaalde metingen			
df = degrees of freedom (vrijheidsgraden)			
F = multivariate F-test		p = significantie niveau	

Uit multivariate toetsing blijkt dat er geen interactie-effect is tussen herhaalde metingen en behandelconditie op de beide uitkomstvariabelen waarmee het door de patiënten gepercipieerde agorafobisch gedrag is onderzocht. Met andere woorden, de ene behandeling is niet effectiever op deze uitkomstvariabele dan de andere. In termen van de vraagstelling van het onderzoek: gemeten naar 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' zoals dat wordt vastgesteld op de MI en geanalyseerd volgens de 'complete cases' strategie, kan niet worden gezegd dat PM+EV meerwaarde heeft ten opzichte van EV.

Uit de toetsing blijkt verder dat de behandelingen bij elkaar genomen, effectief zijn op beide onderdelen van de uitkomstvariabele 'gepercipieerd agorafobisch gedrag'. Patiënten zeggen dat zij na afloop van de therapie beduidend minder situaties vermijden dan vóór de behandeling. Dat geldt zowel voor situaties die zij alleen betreden, als voor situaties waarin zij samen verkeren met iemand die zij vertrouwen.

De trend van deze verandering in alleen-situaties is vooral rechtlijnig, zoals uit de grote F-ratio (182.22) in tabel 7.10 blijkt, al is ook de kromlijnige trend significant. De patiënten gaan dus vooral geleidelijk vooruit, terwijl tegelijk een zekere toename in de verbetering lijkt op te treden na de tussenmeting (zie: figuur 7.7).

In samen-situaties is slechts het rechtlijnige verband significant (zie: tabel 7.11: univariate toetsing herhaalde metingen). Allen tezamen gaan de patiënten geleidelijk aan vooruit. Er zijn geen belangrijke versnellingen of vertragingen in deze trend.

**Tabel 7.12: MI-alleen en MI-samen 'intention to treat' (n=89)**

	M1		M2		M3	
	PM+EV	EV	PM+EV	EV	PM+EV	EV
MI-alleen						
gem	3.52	3.52	3.41	3.19	2.47	2.30
Sd	0.81	0.80	1.00	0.94	0.93	0.87
MI-samen						
gem	2.52	2.81	2.36	2.52	2.26	2.33
Sd	0.96	0.88	0.97	0.81	1.08	0.85

M1 = voormeting

M2 = tussenmeting

M3 = eindmeting

gem = gemiddelde

Sd = standaarddeviatie

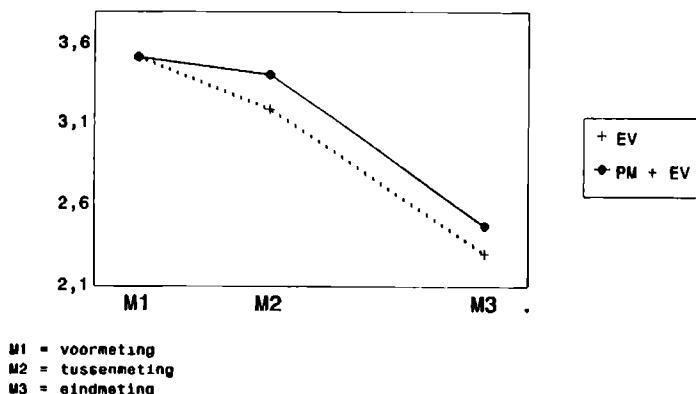
## MI; 'intention to treat' strategie

In tabel 7.12 staan de gemiddelde scores en de standaarddeviaties vermeld welke werden behaald op de 'MI-alleen' en de 'MI-samen'.

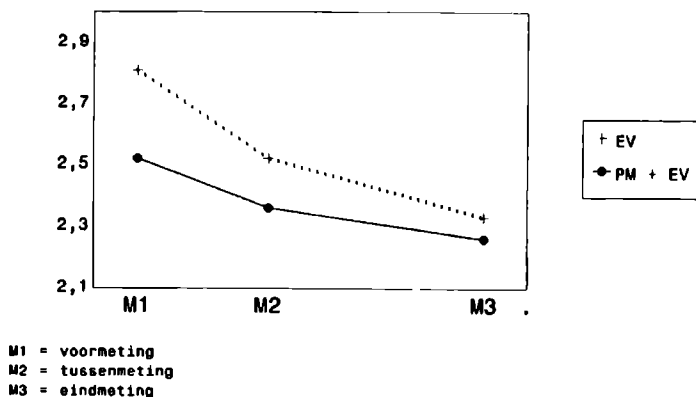
De scores zijn voor beide behandelcondities per meting en per behandelconditie weergegeven.

Deze gemiddelden zijn in de figuren 7.9 en 7.10 grafisch weergegeven. Een lage score is telkens gunstig.

Figuur 7.9: MI-alleen  
'intention to treat' (n=89)



Figuur 7.10: MI-samen  
'intention to treat' (n=89)



De resultaten van de toetsing met behulp van MANOVA zijn weergegeven in de tabellen 7.13 en 7.14.

**Tabel 7.13: MANOVA MI-alleen 'intention to treat' (n=89)**

	df	F	p
<i>herhaalde metingen (trend)</i>			
multivariate toetsing	2,84	145 48	0 001
univariate toetsing			
– linear	1,85	293 22	0 001
– kwadratisch	1,85	17 01	0 001
<i>herhaalde metingen (trend) x behandelcondities</i>			
multivariate toetsing	2,84	1 61	0 21
univariate toetsing			
– linear	1,85	1 25	0 27
– kwadratisch	1,85	1 43	0 23
MANOVA = multivariate variantie analyse voor herhaalde metingen			
df = degrees of freedom (vrijheidsgraden)			
F = multivariate F-test		p = significantie niveau	

**Tabel 7.14: MANOVA MI-samen 'intention to treat' (n=89)**

	df	F	p
<i>herhaalde metingen (trend)</i>			
multivariate toetsing	2,84	10 60	0 001
univariate toetsing			
– linear	1,85	19 39	0 001
– kwadratisch	1,85	1 71	0 19
<i>herhaalde metingen (trend) x behandelcondities</i>			
multivariate toetsing	2,84	0 89	0 42
univariate toetsing			
– linear	1,85	1 64	0 20
– kwadratisch	1,85	0 13	0 72
MANOVA = multivariate variantie analyse voor herhaalde metingen			
df = degrees of freedom (vrijheidsgraden)			
F = multivariate F-test		p = significantie niveau	

Uit de multivariate toetsingen blijkt dat er geen interactie-effect is tussen herhaalde metingen en behandelconditie op de uitkomstvariabele 'gepercipieerd agorafobisch gedrag', wanneer wordt geanalyseerd volgens de 'intention to treat' strategie. Voor patiënten in PM+EV is er, na afloop van de therapie, geen grotere verandering in gepercipieerde bewegingsvrijheid dan voor patiënten in EV. Dat geldt zowel voor agorafobische situaties waarin de patiënt alleen is als voor situaties waarin de patiënt met een persoon verkeert die hij vertrouwt. Met andere woorden, de ene behandeling is niet effectiever op deze uitkomstvariabele dan de andere. In termen van de vraagstelling van het onderzoek: gemeten naar de uitkomsten op 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' in zowel alleen-situaties als in samen-situaties kan, bij toepassing van het 'intention to treat' principe, niet worden gezegd dat PM+EV meerwaarde heeft ten opzichte van EV.

Uit de toetsing blijkt verder dat de twee behandelingen bij elkaar genomen, effectief zijn op de uitkomstvariabele 'gepercipieerd agorafobisch gedrag', wanneer wordt uitgegaan van het 'intention to treat' principe. Patiënten zeggen dat zij na afloop van de behandeling beduidend minder situaties vermijden dan ervóór. Dat geldt zowel voor alleen-situaties als voor situaties waarin de patiënt samen is met iemand die hij vertrouwt. De verandering in alleen-situaties vertoont daarbij vooral een rechtlijnige trend, zoals uit de hoge F-ratio bij univariate toetsing van herhaalde metingen blijkt (zie: tabel 7.12), al is ook de kromlijnige trend significant. Hoewel de patiënten op een betrekkelijk gelijkmatige wijze verbeteren, lijkt na de tussenmeting een zekere versnelling in de vooruitgang op te treden.

De trend van verandering op samen-situaties is rechtlijnig. De patiënten gaan geleidelijk aan vooruit.

### *7.3.3 Effecten op agorafobische cognities*

#### **ACV; 'complete cases' strategie**

Tabel 7.15 vermeldt de gemiddelde scores en de standaarddeviaties. Deze scores zijn voor beide behandelcondities per meting weergegeven.

Deze gemiddelden zijn in figuur 7.11 grafisch weergegeven. Een lage score is gunstig.

De resultaten van de toetsing met behulp van MANOVA zijn weergegeven in tabel 7.16.

**Tabel 7.15: ACV 'complete cases' (n=62)**

	M1		M2		M3	
	PM+EV	EV	PM+EV	EV	PM+EV	EV
ACV						
gem	33.62	32.12	30.59	32.42	26.93	30.42
Sd	9.89	9.24	9.33	11.48	9.08	8.43

M1 = voormeting

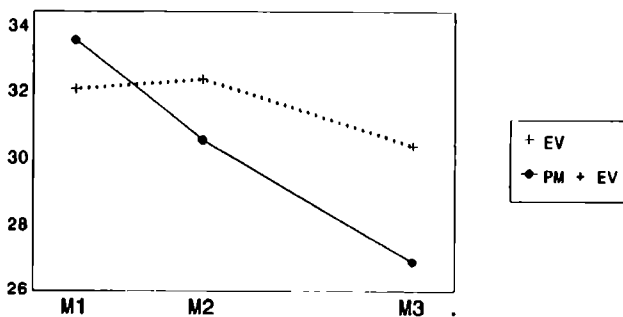
M2 = tussenmeting

M3 = eindmeting

gem = gemiddelde

Sd = standaarddeviatie

**Figuur 7.11: ACV  
'complete cases' (n=62)**



M1 = voormeting  
M2 = tussenmeting  
M3 = eindmeting

**Tabel 7.16: MANOVA ACV 'complete cases' (n=62)**

	df	F	p
<i>herhaalde metingen (trend)</i>			
multivariate toetsing	2,59	7 31	0 001
univariate toetsing			
– lineair	1,60	13 91	0 001
– kwadratisch	1,60	0 25	0 62
<i>herhaalde metingen (trend) x behandelcondities</i>			
multivariate toetsing	2,59	2 37	0 10
univariate toetsing			
– lineair	1,60	4 63	0 04
– kwadratisch	1,60	0 48	0 49
MANOVA = multivariate variantie analyse voor herhaalde metingen			
df = degrees of freedom (vrijheidsgraden)			
F = multivariate F-test		p = significantie niveau	

Uit multivariate toetsing blijkt dat er een significant interactie-effect is tussen herhaalde metingen en behandelconditie. Met andere woorden, de ene behandeling (PM+EV) is significant effectiever op de uitkomstvariabele 'agorafobische cognities' dan de andere (EV), wanneer wordt geanalyseerd volgens de 'complete cases' strategie. In termen van de vraagstelling van het onderzoek: gemeten naar de uitkomsten op 'agorafobische cognities' en geanalyseerd volgens de 'complete cases' strategie, kan worden gezegd dat PM+EV meerwaarde heeft ten opzichte van EV.

Uit univariate toetsing van het interactie-effect blijkt dat het om een lineaire trend gaat, met andere woorden, het verschil tussen PM+EV en EV neemt per meetmoment gelijkmatig toe.

Uit de toetsing blijkt verder dat de behandelingen, bij elkaar genomen, effectief zijn op de uitkomstvariabele 'agorafobische cognities'.

De patiënten zeggen dat zij na afloop van de behandeling beduidend minder aan agorafobie gerelateerde gedachten hebben, dan vóór de behandeling. De vooruitgang vertoont daarbij een rechtlijnige trend. Voor de groep als geheel verloopt de verbetering op deze uitkomstvariabele gelijkmatig.



### ACV; 'intention to treat' strategie

Tabel 7.17 vermeldt de gemiddelde scores en de standaarddeviaties. De scores zijn voor beide behandelcondities per meting weergegeven.

**Tabel 7.17: ACV 'intention to treat' (n=89)**

	M1		M2		M3	
	PM+EV	EV	PM+EV	EV	PM+EV	EV
ACV						
gem	34 58	33 14	30 85	32 97	27 36	32 46
Sd	10.57	9 21	10 25	11 67	9 61	8 60

M1 = voormeting

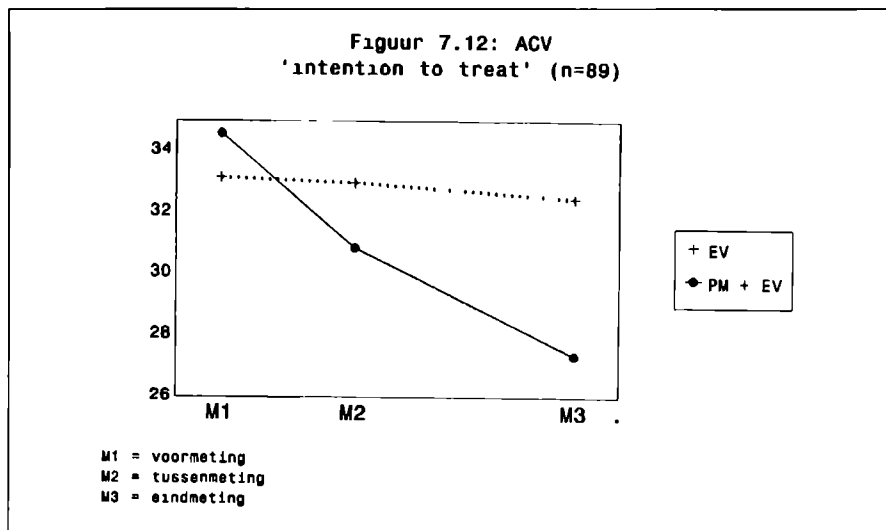
M2 = tussenmeting

M3 = eindmeting

gem = gemiddelde

Sd = standaarddeviatie

Deze gemiddelden zijn in figuur 7.12 grafisch weergegeven. Een lage score is gunstig.



De resultaten van de toetsing met behulp van MANOVA zijn weergegeven in tabel 7.18.

**Tabel 7.18: MANOVA ACV 'intention to treat' (n=89)**

	df	F	p
<i>herhaalde metingen (trend)</i>			
multivariate toetsing	2,86	9 64	0 001
univariate toetsing			
– lineair	1,87	19.38	0.001
– kwadratisch	1,87	0 13	0 72
<i>herhaalde metingen (trend) x behandelcondities</i>			
multivariate toetsing	2,86	6.64	0 002
univariate toetsing			
– lineair	1,87	13 15	0 001
– kwadratisch	1,87	0 30	0 59
MANOVA = multivariate variantie analyse voor herhaalde metingen			
df = degrees of freedom (vrijheidsgraden)			
F = multivariate F-test		p = significantie niveau	

Uit multivariate toetsing blijkt dat er een significant interactie-effect is tussen herhaalde metingen en behandelconditie. Met andere woorden, de ene behandeling (PM+EV) is significant effectiever op de uitkomstvariabele 'agorafobische cognities' dan de andere (EV), wanneer wordt geanalyseerd volgens de 'intention to treat' strategie. In termen van de vraagstelling van het onderzoek: gemeten naar de uitkomsten op 'agorafobische cognities' en geanalyseerd volgens de 'intention to treat' strategie, kan worden gezegd dat PM+EV meerwaarde heeft ten opzichte van EV.

Uit univariate toetsing van het interactie-effect blijkt dat het om een lineaire trend gaat, met andere woorden, het verschil tussen PM+EV en EV neemt per meetmoment gelijkmatig toe.

Uit de toetsing blijkt bovendien dat de twee behandelmethodes bij elkaar genomen, effectief zijn op de uitkomstvariabele 'agorafobische cognities', wanneer volgens de 'intention to treat' strategie wordt geanalyseerd. De patiënten zeggen dat zij na afloop van de behandeling minder aan agorafobie gerelateerde gedachten hebben, dan vóór de behandeling. De verandering vertoont daarbij een rechtlijnige trend.

De verbetering manifesteert zich dus op een gelijkmatige manier.

### 7.3.4 Effecten op gepercipieerde hyperventilatie

#### NHV; 'complete cases' strategie

Tabel 7.19 vermeldt de gemiddelde scores en de standaarddeviaties. Deze scores zijn voor beide behandelcondities per meting vermeld.

**Tabel 7.19: NHV 'complete cases' (n=62)**

	M1		M2		M3	
	PM+EV	EV	PM+EV	EV	PM+EV	EV
NHV						
gem	35.19	35.99	32.03	33.31	29.61	32.58
Sd	7.44	8.91	9.83	9.83	12.07	8.42

M1 = voormeting

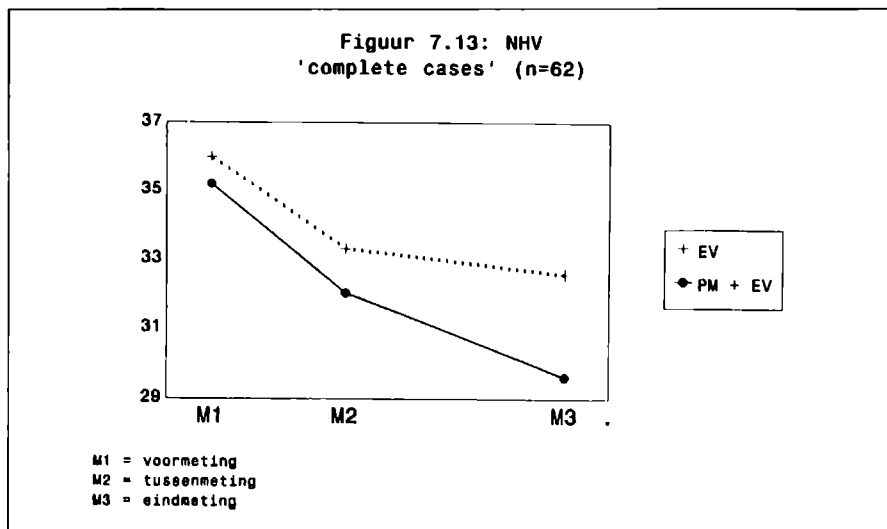
M2 = tussenmeting

M3 = eindmeting

gem = gemiddelde

Sd = standaarddeviatie

Deze gemiddelden zijn in figuur 7.13 grafisch weergegeven. Een lage score is gunstig.



De resultaten van de toetsing met behulp van MANOVA zijn weergegeven in tabel 7.20.

**Tabel 7.20: MANOVA NHV 'complete cases' (n=62)**

	df	F	p
<i>herhaalde metingen (trend)</i>			
multivariate toetsing	2,59	6 72	0 01
univariate toetsing			
– linear	1,60	11 91	0 001
– kwadratisch	1,60	1 48	0 23
<i>herhaalde metingen (trend) x behandelcondities</i>			
multivariate toetsing	2,59	0 40	0 67
univariate toetsing			
– linear	1,60	0 76	0 39
– kwadratisch	1,60	0 07	0 79
MANOVA = multivariate variantie analyse voor herhaalde metingen			
df = degrees of freedom (vrijheidsgraden)			
F = multivariate F-test		p = significantie niveau	

Uit multivariate toetsing blijkt dat er geen significant interactie-effect is tussen herhaalde metingen en behandelconditie op de uitkomstvariabele 'gepercipieerde hyperventilatie', wanneer wordt geanalyseerd volgens de 'complete cases' strategie. Met andere woorden, de ene behandeling is niet effectiever op deze uitkomstvariabele dan de andere. In termen van de vraagstelling van het onderzoek: gemeten naar de uitkomsten op 'gepercipieerde hyperventilatie' en geanalyseerd volgens de 'complete cases' strategie, kan niet worden gezegd dat PM+EV meerwaarde heeft ten opzichte van EV.

Uit de toetsing blijkt verder dat de behandelingen bij elkaar genomen effectief zijn op deze uitkomstvariabele. De patienten zeggen dat zij bij zichzelf, na afloop van de behandeling, beduidend minder symptomen van hyperventilatie waarnemen dan vóór de behandeling. De verbetering vertoont daarbij een rechtlijnige trend. De groep als geheel gaat op deze uitkomstvariabele dus gelijkmatig vooruit.

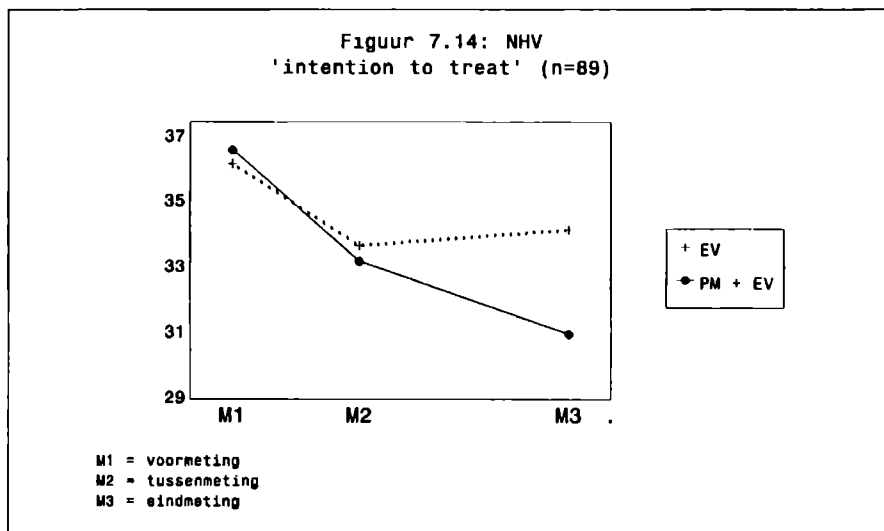
### NHV; 'intention to treat' strategie

Tabel 7.21 vermeldt de gemiddelde scores en de standaarddeviaties. Deze scores zijn voor beide behandelcondities per meting vermeld.

**Tabel 7.21: NHV 'intention to treat' (n=89)**

	M1		M2		M3	
	PM+EV	EV	PM+EV	EV	PM+EV	EV
NHV						
gem	36.62	36.18	33.20	33.69	30.98	34.17
Sd	7.69	8.96	9.39	9.70	11.09	9.06
M1 = voormeting			gem = gemiddelde			
M2 = tussenmeting			Sd = standaarddeviatie			
M3 = eindmeting						

Deze gemiddelden zijn in figuur 7.14 grafisch weergegeven. Een lage score is gunstig.



De resultaten van de toetsing met behulp van MANOVA zijn weergegeven in tabel 7.22.

**Tabel 7.22: MANOVA NHV 'intention to treat' (n=89)**

	df	F	p
<i>herhaalde metingen (trend)</i>			
multivariate toetsing	2,83	9 29	0 001
univariate toetsing			
– lineair	1,84	11 32	0 001
– kwadratisch	1,84	3 68	0 06
<i>herhaalde metingen (trend) x behandelcondities</i>			
multivariate toetsing	2,83	1 39	0 26
univariate toetsing			
– lineair	1,84	2 80	0 10
– kwadratisch	1,84	0 21	0 65
MANOVA = multivariate variantie analyse voor herhaalde metingen			
df = degrees of freedom (vrijheidsgraden)			
F = multivariate F test		p = significantie niveau	

Uit multivariate toetsing blijkt dat er geen significant interactie-effect is tussen herhaalde metingen en behandelconditie op de uitkomstvariabele 'gepercipieerde hyperventilatie', wanneer volgens de 'intention to treat' strategie wordt geanalyseerd. Met andere woorden, de ene behandeling is niet effectiever op deze uitkomstvariabele dan de andere. In termen van de vraagstelling van het onderzoek: gemeten naar de uitkomsten op de NHV en geanalyseerd volgens de 'intention to treat' strategie, kan niet worden gezegd dat PM+EV meerwaarde heeft ten opzichte van EV.

Uit de toetsing blijkt verder dat de twee behandelmethodes bij elkaar genomen, effectief zijn op de uitkomstvariabele 'gepercipieerde hyperventilatie', wanneer wordt uitgegaan van het 'intention to treat' principe. Patientten zeggen dat zij na afloop van de behandeling minder symptomen van hyperventilatie ervaren dan vóór de behandeling. De veranderingen vertonen daarbij zowel een rechtlijnige trend als een kromlijnige (zie: univariate toetsing van herhaalde metingen). De vooruitgang is enerzijds gelijkmatig, terwijl tevens een afvlakking van het effect optreedt na de tussenmeting.

## 7.4 Grootte van de effecten

Om zowel inzicht te krijgen in de grootte van de effecten van de twee behandelmethodes afzonderlijk, als in de grootte van het verschil in effectiviteit tussen de beide methodes, werd 'Cohens d' van alle uitkomstvariabelen berekend. De resultaten worden hieronder weergegeven. Eerst worden de effectgroottes vermeld zoals die zijn verkregen via de 'complete cases' strategie, daarna word hetzelfde gedaan wanneer de werkwijze van het 'intention to treat' principe wordt gevolgd. Grote effecten ( $<-.80$  en  $>+.80$ ) worden **vet** weergegeven.

### **Grootte van het effect; 'complete cases' strategie**

De effectgroottes van alle uitkomstvariabelen welke werden berekend volgens de 'complete cases' strategie zijn weergegeven in tabel 7.23. In de eerste twee kolommen wordt de grootte van het effect vermeld op de uitkomstvariabelen in PM+EV en in EV. In de laatste kolom wordt de grootte van de discrepantie tussen de beide behandelmethodes in termen van 'Cohens d' uitgedrukt.

Op 'feitelijk agorafobisch gedrag' is een hoge score gunstig. Wanneer patiënten tijdens de therapie zijn vooruitgegaan, zijn de scores op de eindmeting dus hoger dan die op de voormeting. Het verschil tussen beide (M1-M3) resulteert in een negatief getal. Op de andere uitkomstvariabelen geldt het omgekeerde. 'Cohens d' heeft daardoor meestal een negatieve waarde op 'feitelijk agorafobisch gedrag' en op de andere uitkomstvariabelen een positieve.

Interpretatie van de derde kolom, waar de discrepantie in de grootte van de effecten tussen beide behandelmethodes wordt vermeld, is ietwat ingewikkeld. Een negatieve waarde van 'Cohens d' op 'feitelijk agorafobisch gedrag' duidt op een groter effect van PM+EV. Op de andere uitkomstvariabelen is de situatie omgekeerd. Een negatieve waarde op deze uitkomstvariabelen wil zeggen dat EV een groter effect heeft.

**Tabel 7.23: Grootte van het effect 'complete cases' (n=62)**

	PM+EV d <sub>m1-m3</sub>	EV d <sub>m1-m3</sub>	discrepanantie (pm+ev)-ev
feitelijk gedrag			
– Lopen	– 0.34	0.07	– 0.41
– Supermarkt	– 0.52	– 0.33	– 0.19
– Openb. vervoer	– 0.26	– 0.56	0.30
gepercipieerd gedrag			
– MI-alleen	<b>2.63</b>	<b>3.21</b>	– 0.58
– MI-samen	0.63	<b>1.18</b>	– 0.55
cognitie			
– ACV	<b>1.24</b>	0.34	<b>0.90</b>
gepercipieerde hyperventilatie			
– NHV	<b>1.30</b>	0.67	0.63

Op de uitkomstvariabele 'feitelijk agorafobisch gedrag' zijn de effecten in beide behandelcondities gering tot matig.

Op de uitkomstvariabele 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' leidt EV twee keer en PM+EV één keer tot grote effecten. PM+EV heeft in samen-situaties slechts een matig effect.

Op de uitkomstvariabele 'agorafobische cognities' is alleen de effectgrootte van PM+EV groot.

Ook op de uitkomstvariabele 'gepercipieerde hyperventilatie' heeft alleen PM+EV een groot effect.

Voor de grootte van het effectverschil tussen PM+EV enerzijds en EV anderzijds geldt dat PM+EV duidelijk superieur is aan EV op de uitkomstvariabele 'agorafobische cognities'. Er is sprake van een groot verschil in effect. EV is daarentegen beter op de uitkomstvariabele 'gepercipieerd agorafobisch gedrag'. Zowel in alleen-situaties als in samen-situaties is sprake van een matig verschil in effectgrootte ten gunste van EV. Op 'gepercipieerde hyperventilatie' is PM+EV weer beter dan EV. De grootte van de discrepantie is matig.

Wanneer naar de grootte van de effecten van de beide behandelmethodes wordt gekeken en naar de grootte van de discrepantie daartussen, en wanneer men uitgaat van de 'complete cases' strategie, kan men, in termen van de vraagstelling van het onderzoek geformuleerd, nauwelijks zeggen dat PM+EV meerwaarde heeft ten opzichte van EV.



### Grootte van het effect; 'intention to treat' strategie

De effectgroottes van alle uitkomstvariabelen welke werden berekend volgens de 'intention to treat' strategie zijn weergegeven in tabel 7.24. In de eerste twee kolommen wordt de grootte van het effect vermeld op de uitkomstvariabelen in PM+EV en in EV. In de laatste kolom wordt de grootte van de discrepantie tussen de beide behandelmethodes uitgedrukt in termen van 'Cohens d'.

Op 'feitelijk agorafobisch gedrag' is een hoge score gunstig. Wanneer patiënten tijdens de therapie zijn vooruitgegaan, zijn de scores op de eindmeting dus hoger dan die op de voormeting. Het verschil tussen beide (M1-M3) resulteert in een negatief getal. Op de andere uitkomstvariabelen geldt het omgekeerde. 'Cohens d' heeft daardoor op 'feitelijk agorafobisch gedrag' meestal een negatieve waarde en op de andere uitkomstvariabelen een positieve.

Interpretatie van de derde kolom, waar de discrepantie in de grootte van de effecten tussen beide behandelmethodes wordt vermeld, is ietwat ingewikkeld. Een negatieve waarde van 'Cohens d' op 'feitelijk agorafobisch gedrag' duidt op een groter effect van PM+EV. Op de andere uitkomstvariabelen is de situatie omgekeerd. Een negatieve waarde op deze uitkomstvariabelen wil zeggen dat EV een groter effect heeft.

**Tabel 7.24: Grootte van het effect 'intention to treat' (n=89)**

	PM+EV d <sub>m1-m3</sub>	EV d <sub>m1-m3</sub>	discrepantie (pm+ev)-ev
feitelijk gedrag			
– Lopen	– 0.27	0.29	– 0.56
– Supermarkt	– 0.62	– 0.16	– 0.46
– Openb. vervoer	– 0.43	– 0.52	0.09
gepercipieerd gedrag			
– MI-alleen	<b>2.90</b>	0.61	<b>2.29</b>
– MI-samen	0.61	<b>1.22</b>	– 0.61
cognitie			
– ACV	<b>1.25</b>	0.13	<b>1.12</b>
gepercipieerde hyperventilatie			
– NHV	<b>1.28</b>	0.39	<b>0.89</b>

Op de uitkomstvariabele 'feitelijk agorafobische gedrag' zijn beide behandelmethodes niet bijzonder succesvol. Er is slechts sprake van enkele matige effecten.

Op de uitkomstvariabele 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' leiden beide behandelmethodes zowel tot een groot effect als tot een matig effect. PM+EV doet het goed in agorafobische situaties waar de patiënt alleen is. EV op haar beurt leidt tot grote effecten in agorafobische situaties waar de patiënt vergezeld wordt door een vertrouwd persoon. Op de uitkomstvariabele 'agorafobische cognities' heeft PM+EV een groot effect.

Ook op de uitkomstvariabele 'gepercipieerde hyperventilatie' is er alleen voor PM+EV een groot effect.

Als de discrepantie tussen de effecten van beide behandelmethodes wordt berekend, lijkt PM+EV over het geheel genomen grotere effecten te sorteren dan EV. Dat is al enigszins het geval op 'feitelijk agorafobisch gedrag'. Op 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' (alleen-situaties) blijkt een grote discrepantie te bestaan in het voordeel van PM+EV. De discrepantie in samen-situaties op deze uitkomstvariabele is echter matig in het voordeel van EV. Dit verschilt van de bevindingen in de 'complete cases' strategie (zie: tabel 7.23). Daar bestond zowel in alleen-situaties als in samen-situaties een matige discrepantie in het voordeel van EV. Ook de grootte van de discrepantie in effect tussen beide behandelmethodes op 'agorafobische cognities' en 'gepercipieerde hyperventilatie' is groot in het voordeel van PM+EV.

Wanneer naar de grootte van de effecten van de beide behandelmethodes wordt gekeken en naar de grootte van de discrepantie daartussen, en wanneer men uitgaat van de 'intention to treat' strategie, kan men, in termen van de vraagstelling van het onderzoek geformuleerd, met enig recht zeggen dat PM+EV meerwaarde heeft ten opzichte van EV. Op twee uitkomstvariabelen en op één onderdeel ervan ('gepercipieerd agorafobisch gedrag; alleen-situaties) bestaat een groot verschil in effectiviteit ten voordele van PM+EV. Op één onderdeel van een andere uitkomstvariabele ('feitelijk agorafobisch gedrag'; Gedragstest 'lopen') is er een matig verschil in effect ten gunste van PM+EV, terwijl op een ander onderdeel van dezelfde uitkomstvariabele (Gedragstest 'supermarkt') een gering effectverschil in dezelfde richting gaat. Slechts op één onderdeel van één uitkomstvariabele ('gepercipieerd agorafobisch gedrag'; samen-situaties) is er een matige discrepantie in het voordeel van EV. Op het onderdeel Gedragstest 'openbaar vervoer' van de uitkomstvariabele 'feitelijk agorafobisch gedrag' bestaat geen enkel verschil tussen de effecten van beide behandelmethodes.

## 7.5 Conclusies

Uit de bevindingen die hierboven zijn gepresenteerd, kan een aantal conclusies worden getrokken. Enkele hebben uitsluitend betrekking op de resultaten van het huidige onderzoek. Er moeten daarnaast conclusies worden getrokken uit een vergelijking van de huidige resultaten met die van anderen. Op beide aspecten wordt hieronder ingegaan.

### 7.5.1 *Over de bevindingen van het huidige onderzoek*

- Welke effecten men vindt, hangt gedeeltelijk af van de analysestrategie die men volgt. In het huidige onderzoek werd iets meer evidentie voor de onderzoekshypothese ('PM+EV heeft meerwaarde ten opzichte van EV') gevonden wanneer de 'intention to treat' strategie werd gevolgd, dan wanneer werd uitgegaan van de 'complete cases' strategie.
- In het toetsende gedeelte van het onderzoek, kon de meerwaarde van PM+EV ten opzichte van EV slechts op twee uitkomstvariabelen worden aangetoond. Dat was het geval op één onderdeel van 'feitelijk agorafobisch gedrag' ('lopen') en op 'agorafobische cognities'. Op 'agorafobische cognities' werd, zowel bij toepassing van de 'complete cases' strategie als bij hantering van de 'intention to treat' benadering, een significant interactie-effect gevonden tussen herhaalde metingen en behandelconditie ten gunste van PM+EV. Op 'lopen' werd alleen een significant interactie-effect gevonden tussen herhaalde metingen en behandelconditie, wanneer de 'intention to treat' strategie werd toegepast. In dit geval leek bovendien meer sprake te zijn van een verslechtering in EV dan van een relatief sterke verbetering in PM+EV. Op 'agorafobische cognities' leek het daarentegen wel te gaan om een relatief grote mate van klachtenreductie in PM+EV.
- Wanneer men de effectgroottes beschouwt en men analyseert volgens de 'complete cases' strategie, mag men niet concluderen dat PM+EV meerwaarde heeft ten opzichte van EV. De enkele bevindingen welke de onderzoekshypothese steunen, zijn daarvoor te bescheiden in omvang en aantal. Wanneer men echter de effectgroottes beschouwt en men analyseert volgens de 'intention to treat' strategie, heeft men meer recht van spreken met de bewering dat PM+EV meerwaarde heeft ten opzichte van EV. Op de meeste uitkomstvariabelen was er bij toepassing van deze analysestrategie een matige tot grote discrepantie in effectiviteit ten gunste van PM+EV.
- Wanneer men 'feitelijk agorafobisch gedrag' beschouwt, zijn de twee behandelmethodes slechts matig effectief. Het maakt daarbij enig-

zins uit welke analysestrategie men hanteert. Op het onderdeel 'supermarkt' is er bij toepassing van beide strategieën een significante vooruitgang ten opzichte van de beginsituatie voor de groep als geheel. Op het onderdeel 'openbaar vervoer' is er alleen een significante vooruitgang ten opzichte van de beginsituatie voor de groep als geheel, wanneer wordt uitgegaan van de 'intention to treat strategie'. Op het onderdeel 'lopen' gaat de groep als geheel volgens geen van beide analysestrategieën significant vooruit.

Ook de effectgroottes op 'feitelijk agorafobisch gedrag' zijn tamelijk gering. Dat is het geval bij toepassing van beide analysestrategieën.

- Het valt daarom op, dat de effecten op 'gepercipieerd agorafobisch gedrag', gunstig zijn. Uit de toetsingen met MANOVA blijkt dat de patiëntengroep als geheel significant vooruit is gegaan op de beide soorten agorafobische situaties welke werden onderzocht: situaties die de patiënt alleen betreedt en dezelfde situaties wanneer hij samen is met een vertrouwd persoon. Ook de grootte van de effecten op 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' lijken bevredigend te zijn.
- Wanneer men vooraf twee factoren had moeten bepalen waarop de mogelijke superioriteit van PM+EV boven EV het duidelijkst naar voren zou komen, dan zouden 'agorafobische cognities' en 'gepercipieerde hyperventilatie' waarschijnlijk de grootste kans hebben gemaakt te worden aangewezen. Immers de PM-fase van PM+EV is vooral gericht geweest op deze twee aspecten van het agorafobisch syndroom.

Evenzo, wanneer men vooraf twee factoren had moeten bepalen waarop de mogelijke superioriteit van PM+EV boven EV het minst op de voorgrond zou treden, dan zouden 'feitelijk agorafobisch gedrag' en 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' waarschijnlijk de grootste kans hebben gemaakt te worden aangewezen. Immers, de interventie die vooral op deze kenmerken van het agorafobisch syndroom was gericht, namelijk exposure in vivo, was in EV nog belangrijker dan in PM+EV.

Voor zover er differentiële effecten werden gevonden tussen PM+EV en EV, stemden deze in grote lijnen overeen met bovenstaande vermoedens.

Alle bevindingen overziend en rekening houdend met de beide analysestrategieën, moet de eindconclusie ten aanzien van de onderzoeksvraag of PM+EV meerwaarde heeft ten opzichte van EV, toch zijn, dat deze vraag ontkennend moet worden beantwoord. PM+EV heeft geen meerwaarde ten opzichte van EV. Er zijn weliswaar enkele aanwijzingen gevonden die de onderzoekshypothese ondersteunen, overtuigend

en doorslaggevend zijn deze niet. Wel lijken er voldoende aanwijzingen te zijn, om de onderzoeksvraag in een enigszins gewijzigde opzet nader te onderzoeken.

Naast de genoemde aanwijzingen welke de onderzoekshypothese toch nog enigszins lijken te ondersteunen, nopen ook twee andere redenen tot enige voorzichtigheid omtrent deze eindconclusie. Deze redenen hangen samen met de onduidelijkheid welke bestaat over de feitelijke situatie van dropouts en met de waarde welke moet worden gehecht aan de uitkomsten op de Gedragstest.

Om te beginnen het eerste punt. In de 'intention to treat' strategie, met behulp waarvan relatief de meeste steun werd gevonden voor de onderzoekshypothese, is een schattingsprocedure gevolgd om de waarde van 'missing data' (vrijwel steeds dropouts) te bepalen. Het is de vraag in hoeverre deze schatting recht doet aan de feitelijke situatie van deze dropouts. Met andere woorden, wanneer deze patiënten de behandeling niet voortijdig hadden beëindigd, waren hun feitelijke scores dan inderdaad redelijk goed vergelijkbaar geweest met die van hun op basis van regressieanalyse 'geschatte naaste burens'?

Wat het tweede punt betreft: welke consequentie moet worden verbonden aan het gegeven dat alle patiënten tezamen aan het einde van de therapie slechts in beperkte mate bleken te zijn vooruitgegaan op 'feitelijk agorafobisch gedrag'? Is de Gedragstest geen goede operationalisatie van deze factor geweest, of is het geringe effect ervan een indicatie voor de waarde die de in dit onderzoek toegepaste behandelmethodes hebben voor agorafobische patiënten in het algemeen?

In de discussie wordt onder andere op deze twee punten teruggekomen. In de conclusies moet eerst nog op een ander aspect worden ingegaan: de relatie van de huidige bevindingen met de resultaten van ander onderzoek.

### *7.5.2 Over de relatie met andere bevindingen*

Dat PM+EV geen meerwaarde heeft ten opzichte van EV is langzamerhand geen bijzondere bevinding meer. In vergelijkbare onderzoeken vonden noch de Ruiter (1989), noch de Beurs (1993), noch van Hout (van Hout et al., 1994) resultaten die op meerwaarde wezen. Bonn vond pas meerwaarde voor PM+EV bij follow-up (Bonn et al., 1984). Hibbert constateerde slechts meerwaarde voor PM wanneer effecten werden bepaald door onafhankelijke 'raters'. Volgens het oordeel van de patiënten zelf, was deze meerwaarde er niet (Hibbert & Chan, 1989). Op de mogelijke oorzaken voor en consequenties van deze bevindingen wordt verder ingegaan in de discussie.

Een andere vraag is hoe de grootte van de therapie-effecten van het huidige onderzoek uitvalt in vergelijking met de omvang van de effect-groottes van andere studies. Daarbij wordt de vergelijking beperkt tot 'feitelijk agorafobisch gedrag' en 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' omdat hier het vergelijkingsmateriaal het meest en duidelijkst voorhanden is.

Van het huidige onderzoek worden telkens de effect-groottes als vergelijkingsmateriaal gekozen van PM+EV zoals die werden berekend volgens de 'complete cases' strategie. PM+EV was immers de experimentele conditie waarvan vooraf de beste resultaten werden verwacht, terwijl de 'complete cases' strategie de meest gebruikelijke vorm van analyseren is.

Overigens zal in de discussie nader worden ingegaan op het feit dat niet iedereen effect-groottes op dezelfde wijze berekent. Hierdoor wordt de interpretatie van vergelijkingen tussen onderzoeken vanzelfsprekend bemoeilijkt.

### **Feitelijk agorafobisch gedrag**

Gemeten met behulp van de Gedragstest en geanalyseerd volgens de beide gehanteerde analysestrategieën zijn de patiënten, allen bij elkaar genomen, slechts in geringe mate vooruit gegaan op 'feitelijk agorafobisch gedrag'. De groottes van de effecten waren: voor 'lopen': 0.34; voor 'supermarkt': 0.52; en voor 'openbaar vervoer': 0.26.

In andere onderzoeken werden op gedragstests dikwijls vrij gunstige resultaten van op exposure gebaseerde behandelingen vastgesteld. Arrindell (1987) vond, bijvoorbeeld, een 'Cohens d' van 1.05 bij een groep fobici die een intensieve (30 uur in drie weken) exposure therapie volgde. Ogles rapporteerde in zijn meta-analyse een gemiddelde grootte van het effect op gedragstests van 1.15 (Ogles et al., 1990). Cox vond in een andere meta-analyse een gemiddelde effect-grootte van 1.83 in negen onderzoeken waarin de effecten van exposure in vivo met behulp van één of andere gedragstest werden vastgesteld (Cox et al., 1992). De grootte van de effecten welke de Beurs vond op zijn gedragstest bij 85 patiënten die dertien wekelijkse sessies PM+EV ondergingen waren achtereenvolgens voor 'lopen': 0.64 (tijdsduur); voor 'supermarkt': 0.51 (tijdsduur); en voor 'tram': 0.97 (aantal haltes) (de Beurs et al., 1991). Al deze resultaten lijken gunstiger te zijn dan die van het huidige onderzoek.

### **Gepercipieerd agorafobisch gedrag**

De effectgrootte in het huidige onderzoek op 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' in alleen-situaties was 2.63.

In één meta-analyse werd voor deze factor op de Fear Questionnaire (Marks & Mathews, 1979) een effect-grootte van 1.93 gevonden (Ogles et al., 1990), in een andere meta-analyse was dat 3.32 (Cox et al., 1992). Bij Cox was 'meestal' van de Fear Questionnaire gebruik gemaakt om 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' vast te stellen. Ook op de Fear Questionnaire vond Arrindell (1987) een effectgrootte van 1.66, terwijl de effectgrootte op de Mobility Inventory bij Chambless 0.85 was na exposure (Chambless et al., 1985). De Beurs, tenslotte, vond op de Mobility Inventory een effectgrootte van 1.28 voor PM+EV (de Beurs et al., 1992).

Op 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' doet de grootte van de therapie-effecten van het huidige onderzoek dus zeker niet onder voor die welke in veel andere onderzoeken naar voren komen.

## 7.6 Discussie

Drie aspecten vallen in deze onderzoeksresultaten op. In de eerste plaats bleek dat de onderzoekshypothese, welke veronderstelde dat PM+EV een meer effectieve behandelmethode was dan EV, niet overtuigend werd ondersteund.

Daarnaast was er het opvallende verschil tussen de effectiviteit die werd vastgesteld op 'feitelijk agorafobisch gedrag' enerzijds en de effecten die naar voren kwamen op de drie andere uitkomsten anderzijds. Ook in vergelijking met andere onderzoeken waarin 'feitelijk agorafobisch gedrag' is geoperationaliseerd met behulp van een gedragstest, zijn de resultaten van het huidige onderzoek op deze factor 'mager', terwijl dat op andere indicatoren voor agorafobie niet het geval lijkt te zijn. Ten derde valt op dat het (overigens relatief geringe) differentiële verschil in effectiviteit tussen de twee behandelmethodes toeneemt, wanneer men de strategie van 'intention to treat' hanteert en de waarden van de missing data schat met behulp van de methode van 'predicted mean matching'.

Dat de onderzoeksresultaten zijn zoals ze zijn, en niet anders, kan in principe door twee factoren worden veroorzaakt. Ten eerste kan dit liggen aan de gehanteerde behandelmethodes. Ten tweede kan de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd verantwoordelijk zijn voor de gevonden resultaten. Beide aspecten worden hieronder één voor één kritisch besproken. Er zal worden getracht verklaringen te vinden voor de drie meest opvallende aspecten in de resultaten welke hierboven zijn genoemd. Tevens zullen suggesties worden gedaan voor nader onderzoek.

### *7.6.1 Over de wijze waarop de behandelingen werden uitgevoerd*

De wijze waarop de interventies zijn vastgesteld en uitgevoerd kunnen verantwoordelijk zijn geweest voor de resultaten die werden gevonden. Op een aantal van deze aspecten wordt hieronder nader ingegaan.

#### **Waren de therapeutische interventies onjuist gedefinieerd?**

De definiering van EV in het huidige onderzoek lijkt niet te verschillen van wat gebruikelijk is in zowel de gedragstherapeutische praktijk als in onderzoek. Evenals in veel andere behandelprotocollen ging het in het huidige onderzoek om graduele, in de tijd gespreide en door de patiënt zelf uitgevoerde exposure-taken (Emmelkamp et al., 1989; Craske & Barlow, 1993).

Hetzelfde lijkt op te gaan voor de operationalisatie van PM bij hyperventilerende patiënten. Een geruststellende uitleg door informatie te verstrekken (1); exposure aan proprioceptieve stimuli met behulp van de hyperventilatie provocatieprocedure (2) en het aanleren van betere coping middels ademhalings- en ontspanningstechnieken (3) zijn veel gebruikte interventies (Barlow & Cerny, 1988; Clark, 1989). Bij patiënten met niet-situationele paniekaanvallen bleken dergelijke interventies regelmatig effectief te zijn (Clark et al, 1985; Michelson & Marchione, 1991).

Bij patiënten die niet aan het HVS leden, werden de panieksensaties met imaginaire methodes geactiveerd. Deze methode van paniekinductie is verwant aan flooding (Marshall et al., 1979). Ook coping ten aanzien van panieksensaties met behulp van relaxatie is een frequent toegepaste interventie (Ost, 1987b; Clum & Borden, 1989).

#### **Was de uitvoering van de interventies onjuist?**

Alle therapeuten hadden ervaring in de toepassing van de procedures die tot PM en EV behoorden. Bovendien werden zij geregeld gesuperviseerd door de onderzoekers over de uitvoering van de behandelingen. Men mag daarom aannemen dat de interventies door de therapeuten op de voorgeschreven wijze werden toegepast.

Op de uitvoering van de interventies door de patiënten, zowel thuis als in de zitting, bestond een redelijke controle. Tijdens iedere therapiezitting werd het huiswerk dat tussen twee zittingen in was uitgevoerd, besproken aan de hand van de dagboekantekeningen van de patiënt. De therapeut moest op een apart registratieformulier telkens aangeven of het huiswerk die week door de patiënt naar behoren was uitgevoerd<sup>4</sup>. Hieruit bleek dat de interventies over het algemeen door de patiënten

4 Voor iedere patiënt was er een patiëntenboek, dat bestond uit een checklist voor iedere therapiezitting. De therapeut moest hierop van ieder onderdeel aangeven of het wel of niet was uitgevoerd en zo nee waarom niet.



werden uitgevoerd zoals zij waren bedoeld. Deze indruk werd bevestigd door de scores op de Conditie Controle (CC), waarmee tijdens de tussenmeting en de eindmeting werd getracht een indruk te krijgen van de 'treatment integrity'.

### **Duurde PM lang genoeg?**

De vorm van de behandelmethodes welke in het huidige onderzoek zijn gebruikt, lijkt dus overeen te stemmen met wat gebruikelijk is in de gedragstherapeutische behandeling van paniekstoornis met agorafobie. De uitvoering van die methodes lijkt bovendien adequaat te zijn geweest.

Toch kunnen verschillen bestaan tussen wat op papier identieke behandelmethodes lijken te zijn. Er kunnen, bijvoorbeeld, discrepanties zijn in de timing van de verschillende interventies en in de duur en omvang van de interventies afzonderlijk. In het protocol voor de behandeling van paniekstoornis met agorafobie van Craske, bijvoorbeeld, worden de eerste zeven tot tien therapiezittingen aan PM besteed (Craske & Barlow, 1993), waar in het huidige onderzoek drie zittingen aan PM werden gewijd. In datzelfde protocol lijkt ook meer aandacht te worden besteed aan individuele verschillen in de paniekbeleving van patiënten. Ook verschilde EV in het huidige onderzoek qua duur, omvang en intensiteit van, bijvoorbeeld, de EV die Fiegenbaum (1988) toepast. In het protocol van de laatste ligt de nadruk veel meer op langdurige, intensieve blootstelling dan in het huidige onderzoek, waar graduele, zelf-gecontroleerde exposure centraal stond.

Achteraf beschouwd lijkt de duur van PM (drie weken) inderdaad erg kort te zijn geweest, hoewel zo'n periode in onderzoek niet ongebruikelijk is (de Ruiter, 1989). In de gangbare therapeutische praktijk echter is een periode voor PM welke twee tot drie keer zo lang duurt, zeker niet ongewoon (Craske & Barlow, 1993). Het zou kunnen zijn, dat PM door de tamelijk korte duur te weinig kans heeft gehad om 'aan te slaan', waardoor een mogelijke meerwaarde niet aan het licht kan zijn getreden. Hier staat tegenover dat de Beurs ook geen meerwaarde vond van PM+EV boven EV. In dat onderzoek duurde PM zes weken (de Beurs, 1993).

Iets vergelijkbaars geldt voor de inhoud van PM. Was er bij EV aandacht voor verschillen tussen individuen (iedere patiënt had een eigen hiërarchie van fobische situaties tijdens de behandeling), PM was voor iedereen gelijk, zij het dat onderscheid werd gemaakt tussen patiënten met het HVS en patiënten zonder dat syndroom. Het zou kunnen zijn dat een inhoudelijk meer individu-specifieke PM tot betere resultaten had geleid van PM+EV. De onderzoekshypothese was in dat geval wellicht wel bevestigd.

Bij een nieuw onderzoek naar de mogelijke meerwaarde van PM ten aanzien van EV, verdient het daarom aanbeveling om de PM-fase langer te laten duren dan in het huidige onderzoek het geval was. Bovendien dient meer ruimte te worden gecreëerd voor individu-specifieke factoren in de behandeling van paniek (Craske & Barlow, 1993; van den Hout et al., 1994). De kans lijkt dan groter om differentiële effecten te vinden tussen PM+EV en EV.

### **Werken PM en EV in op hetzelfde psychologisch mechanisme?**

Misschien kon er geen verschil worden aangetoond tussen de effectiviteit van PM+EV enerzijds en EV anderzijds, omdat beide hetzelfde psychologisch mechanisme beïnvloeden.

Hierover is weinig bekend. In onderzoek naar therapie-effecten is men tegenwoordig vooral geïnteresseerd in het antwoord op de vraag 'wat werkt'. Het antwoord op de vragen 'waarom iets werkt' en 'hoe iets werkt' heeft minder belangstelling.

Het zou zo kunnen zijn, dat zowel PM+EV als EV op hetzelfde psychologische mechanisme inwerken. Zoals men de temperatuur binnen een ruimte zowel kan opvoeren door de druk te verhogen als door het volume te verkleinen, zo kan men wellicht ook paniekstoornis met agorafobie langs verschillende wegen beïnvloeden. In hoofdstuk 10 wordt nader ingegaan op de mechanismen die mogelijk aan PM en EV ten grondslag liggen.

Al met al lijkt het met betrekking tot de wijze waarop de behandelingen zijn uitgevoerd de moeite waard te zijn, om bij een nieuw onderzoek de PM-fase langer te laten duren en meer op het individu toe te snijden. Wellicht kan in dat geval wel een meerwaarde worden aangetoond van PM ten opzichte van EV.

### *7.6.2 Over de methode van onderzoek*

Het is ook mogelijk dat de resultaten zijn zoals ze zijn, vanwege de wijze waarop het onderzoek is opgezet en uitgevoerd. Een aantal factoren kan een rol hebben gespeeld. Zij worden hieronder besproken. Daarbij wordt de indeling gevolgd van hoofdstuk 5.

### **Was het onderzoeksdesign onjuist?**

Het onderzoek werd op meerdere centra door meerdere therapeuten uitgevoerd. Per behandelinstelling werden de patiënten na verlening van 'informed consent' 'at random' toegewezen aan één van beide behandelcondities, waarbij tevens werd gestratificeerd voor het HVS.

Dit is een algemeen aanvaard design. Het is niet waarschijnlijk dat deze aspecten van het design er de oorzaak van zijn geweest dat geen meerwaarde voor PM kon worden gevonden.

Metingen vonden plaats kort vóór aanvang van de behandeling, na drie therapiezittingen en meteen na afloop van de therapie.

Hierboven is beargumenteerd, dat PM wellicht te kort heeft geduurd. In dat geval zou het tweede meetmoment te vroeg in de behandeling hebben plaatsgevonden. Dit aspect van het onderzoeksdesign zou dan wel één van de factoren geweest kunnen zijn, waardoor de onderzoekshypothese moest worden verworpen.

Het design werd in grote lijnen uitgevoerd zoals het was bedoeld.

Slechts het totaal aantal patiënten dat uiteindelijk in het onderzoek werd opgenomen was lager dan vooraf was verwacht. Hierdoor nam de 'power' om mogelijke reëel bestaande verschillen aan te tonen, af. Toch waren de beide behandelcondities omvangrijk genoeg om het gevonden resultaat ('geen verschil tussen de condities') op dit punt serieus te nemen (Kraemer, 1992).

### **Waren behandelcentra en therapeuten onvoldoende gekwalificeerd?**

Het kan zijn dat de verwachtingen die de therapeut heeft ten aanzien van de toegepaste behandelmethodes, de resultaten kunnen beïnvloeden die met deze methodes worden bereikt. Therapeuten die meer effect verwachten van EV, zouden er zo debet aan kunnen zijn dat een mogelijke reëel bestaande meerwaarde van PM+EV niet zo snel zou blijken.

De behandelingen vonden plaats op centra waar geregeld agorafobische patiënten worden behandeld. Alle therapeuten hadden ervaring in de toepassing van zowel PM als van EV bij deze patiëntengroep. Er was geen reden om te veronderstellen dat zij een uitgesproken persoonlijke voorkeur hadden voor één van beide behandelmethodes.

De kwalificaties van behandelcentra en therapeuten lijken daarom niet verantwoordelijk te zijn geweest voor de verwerping van de onderzoekshypothese.

### **Waren de selectiecriteria voor patiënten onjuist?**

De diagnose werd gesteld aan de hand van de ADIS-R door intakekaders die gewend waren met dit instrument te werken. De ADIS-R is een aanbevolen instrument om te bepalen of patiënten voldoen aan de diagnose paniekstoornis met agorafobie (Shear & Maser, 1994). Ook de meeste andere in- en exclusiecriteria welke in het onderzoek werden gehanteerd, lijken zeker niet ongebruikelijk te zijn in onderzoek. Een uitzondering was wellicht het feit dat patiënten die minder dan drie maanden zwanger waren, van deelname werden uitgesloten. Dit exclusie criterium hoefde in de praktijk echter niet te worden gehanteerd.

Oók de wijze waarop het al dan niet vóórkomen van het HVS werd vastgesteld, wordt dikwijls aanbevolen (Garssen & Hornsveld, 1990).

Het lijkt dus niet waarschijnlijk dat een oneigenlijke selectie van patiënten ervoor heeft gezorgd, dat weinig verschillen werden gevonden, of dat de groottes van de effecten op 'feitelijk agorafobisch gedrag' bescheiden waren.

### **Waren de criteria voor het effect onjuist?**

Er is naar gestreefd om zoveel mogelijk Langs driedeling in criteria voor het effect te volgen (Lang 1968). Dat lukte niet helemaal, omdat het in de praktijk niet mogelijk was tijdens het beloop van de therapie fysiologische metingen bij de patiënten uit te voeren. Uiteindelijk werden 'feitelijk agorafobisch gedrag' en 'agorafobische cognities' rechtstreeks geobserveerd, terwijl 'hyperventilatie' (als één aspect van het psychofysiologische systeem) slechts werd gemeten voor zover de patiënt deze zelf percipieerde. Tenslotte werd ook nog vastgesteld hoe de patiënt zijn 'agorafobisch gedrag' zelf percipieerde. Gedragstest, MI, ACV en NHV werden uiteindelijk gekozen als operationalisaties.

Het huidige onderzoek lijkt hiermee niet uit de pas te lopen met hetgeen gebruikelijk is. Er moeten echter twee opmerkingen worden gemaakt. Ten eerste kan men zich afvragen waarom geen maat voor paniekaanvallen is gebruikt. Ten tweede kan men vragen stellen over de betrouwbaarheid, validiteit en sensitiviteit van de Gedragstest. Het antwoord op de eerste vraag is dat er een paniekmaat was, namelijk de 'paniekscore' op de MI. De resultaten op deze maat zijn niet gepresenteerd, omdat de maat bijzonder weinig stabiliteit bleek te vertonen (Korrelboom et al., 1992). Naar alle waarschijnlijkheid moet dit worden toegeschreven aan het feit dat 'paniek' niet voldoende ondubbelzinnig werd gedefinieerd, dan wel geïnterpreteerd. Het nut van 'paniekfrequentie' als uitkomstvariabele is ook elders betwijfeld (Barlow et al., 1989; Klosko et al., 1990; Marks et al., 1993).

Beantwoording van de vraag naar betrouwbaarheid, validiteit en sensitiviteit van de Gedragstest vraagt meer ruimte. Hieronder wordt niet alleen op betrouwbaarheid, validiteit en sensitiviteit van de Gedragstest ingegaan, maar ook op de vraag of de Gedragstest wellicht te vroeg werd gebruikt als maat voor het effect.

### Was de Gedragstest een betrouwbare, valide en sensitieve test?

Bij het gedragstherapeutische onderzoek naar fobieën wordt dikwijls gebruik gemaakt van gedragstests. Sommige onderzoekers prijzen de gedragstest aan als uiterst betrouwbaar. Een inter-beoordelaars

betrouwbaarheid van bijna honderd procent is genoemd (Bernstein et al., 1986). Ook de test-hertest betrouwbaarheid zou behoorlijk zijn (Emmelkamp, 1974).

De externe validiteit, in de zin dat de resultaten op een gedragstest zich laten generaliseren naar het alledaagse functioneren van de patiënten, lijkt op het eerste gezicht goed te zijn. Wat geeft immers een beter beeld van de vermindering van een patiënt, dan diens feitelijk gedrag in de fobische situatie. De Beurs achtte zijn gedragstest valide op grond van de hoge correlaties met enkele zelfrapportagelijsten (de Beurs et al., 1991). Toch stelt Emmelkamp, zonder dit overigens toe te lichten, dat gedragstests over het algemeen weinig valide zijn (Emmelkamp & Emmelkamp, 1989). Dit is mogelijk het gevolg van 'demand characteristics'. In hun verlangen om de therapeut tevreden te stellen, doen patiënten zich wellicht beter voor dan in feite het geval is (Mavissakalian & Hamann, 1986; Jacob & Lilienfeld, 1991). De wijze van instrueren die bij sommige testen wordt gebruikt ('doe uw uiterste best') kan 'demand characteristics' mogelijk versterken.

Voor zover gedragstests zijn onderzocht op de mate waarin zij gevoelig zijn voor verandering (sensitiviteit), lijkt deze goed te zijn (de Beurs et al., 1991).

Gedragstests vertonen onderling echter grote verschillen, waardoor zij moeilijk met elkaar zijn te vergelijken. Men mag hen daarom niet zonder meer over één kam scheren. Allereerst onderscheidt men gestandaardiseerde tests (Agras et al., 1968) en geïndividualiseerde tests (Jansson et al., 1987). Hoewel sommige zogenaamde 'multi-task' gedragstests voor agorafobie ook betrekking hebben op het openbaar vervoer of winkels (Teasdale et al., 1977; de Beurs et al., 1991), beperkt men zich meestal tot het onderdeel 'lopen op straat' (Barlow, 1988). Dikwijls moet de patiënt een wandeling maken die hem wegvoert van de instelling waar de behandeling plaatsvindt. De instructie kan daarbij verschillen. Soms wordt aan de patiënten gevraagd hun 'uiterste best te doen zo ver mogelijk te gaan' (Jansson et al., 1987), soms moeten zij 'zover gaan als mogelijk is, zonder te veel spanning of paniek te ervaren' (Burns et al., 1986). Ook de maximale tijdsduur van de wandeling kan variëren. De gedragstest van Mavissakalian duurt minder dan tien minuten (Mavissakalian & Hamann, 1986), die van Emmelkamp kan wel honderd minuten in beslag nemen (Emmelkamp & Mersch, 1982). Tenslotte kan de scoringswijze verschillen. Soms gaat men uit van de afgelegde afstand, dan weer van de tijd die buiten is doorgebracht (Ogles et al., 1990). Bovendien moeten patiënten dikwijls op gezette tijden tijdens een gedragstest aangeven hoe angstig zij zijn. Deze 'rating' wordt soms als aparte score vermeld (Marchione et al., 1987) en soms samen met de afgelegde afstand of doorgebrachte tijd omgerekend tot

één eindscore op de gedragstest (de Beurs, 1993). In het laatste geval kan niet meer van een 'zuivere' gedragstest worden gesproken.

De Gedragstest die in het huidige onderzoek is gebruikt, was een 'zuivere, gestandaardiseerde, multi-task' gedragstest, waarbij het onderdeel 'lopen' relatief kort was, evenals 'supermarkt'. De instructie was niet veeleisend. Patiënten werd gevraagd een 'goed beeld van hun feitelijke toestand te geven'. De test was vooraf niet onderzocht op betrouwbaarheid, validiteit en sensitiviteit.

Qua inhoud laat de huidige test zich waarschijnlijk het beste vergelijken met die van de Beurs, die zijn test als betrouwbaar, valide en sensitief voor verandering beschouwt (de Beurs et al., 1991). Wat betreft de scoring is er echter een belangrijk verschil. In het huidige onderzoek ging het om een 'zuivere' gedragstest, waarbij alleen de daadwerkelijke prestatie op de gedragstaak in de score werd opgenomen. De Beurs hanteerde een gecombineerde score, waarbij een 'zelfrating' door de patiënt van angst tijdens de test in de uiteindelijke score werd meegewogen (de Beurs, 1993). Bovendien voegde de Beurs alle 'prestatie-onderdelen' van de gedragstest bij elkaar.

Daarnaast valt er, achteraf bezien, wellicht het nodige aan te merken op de wijze waarop de huidige Gedragstest was ontworpen. De betrouwbaarheid (in de zin van 'meetprecisie') lijkt wel voldoende te zijn geweest. Er werd bij twee onderdelen ('lopen' en 'supermarkt') op de minuut nauwkeurig gescoord door de testafnemer, terwijl op het derde onderdeel een redelijke controle door de testafnemer mogelijk was, op het door de patiënt gerapporteerde aantal haltes dat was afgelegd. Over de validiteit en de sensitiviteit van de test kan men meer twijfels hebben. Om te beginnen was de omgeving waar de Gedragstest plaatsvond voor sommige patiënten bekend, omdat zij in de buurt woonden waar de test werd afgenomen, terwijl het voor (de meeste) anderen om onbekend gebied ging. Voor agorafobici kan dit vanzelfsprekend nogal wat uitmaken. Omdat het om een gestandaardiseerde test ging waarbij iedere patiënt dezelfde taken moest volbrengen, kan de moeilijkheidsgraad voor verschillende patiënten te ver uit elkaar hebben gelegen om een valide inschatting te kunnen maken van de wijze waarop fobici in het algemeen in hun dagelijks leven functioneren.

Een andere mogelijke bron van storing was de scoringswijze van de Gedragstest. In principe werd uitgegaan van twee tijdscores (duur van de wandeling bij 'lopen' en duur van het winkelen bij 'supermarkt') en één afstandsscore (aantal haltes bij 'openbaar vervoer'). Deze scoringsinstructies werden echter genuanceerd door een volledig volbrachte wandeling altijd de maximumscore van 10 te geven, ook wanneer de patiënt de route in meer of minder dan 10 minuten had afgelegd.

Hetzelfde gold voor de instructies bij 'supermarkt'. Wanneer de taak (een boodschap doen in de supermarkt) was volbracht, werd altijd de maximumscore 10 gegeven, ongeacht de tijdspanne welke door de taak in beslag werd genomen. Dit kan met name de sensitiviteit van de test hebben aangetast. Te veel patiënten werden hierdoor wellicht op één hoop gegooid, waarbij reëel bestaande verschillen aan het oog werden onttrokken. Ook de relatief korte duur van de onderdelen 'lopen' en 'supermarkt' kan de sensitiviteit van de gedragstest hebben beperkt. Er waren wellicht te weinig ijkpunten (tien per onderdeel) waardoor reëel bestaande verschillen mogelijk niet aan het licht zijn getreden. Er was inderdaad een duidelijke trend op alle metingen waarin de meeste patiënten de onderdelen van de Gedragstest óf helemaal wel óf helemaal niet volbrachten. Gedeeltelijke voltooiing van een onderdeel van de Gedragstest kwam zelden voor. Het is voorstelbaar dat een gedragstest die meer ruimte biedt aan patiënten om ook op tussenliggende schaalpunten te scoren resultaten zou laten zien, welke meer in lijn liggen met het beeld dat op de andere uitkomsten naar voren komt.

De uitkomsten van de huidige Gedragstest mogen daarom niet zonder meer worden vergeleken met de uitkomsten van gedragstests in andere onderzoeken. Validiteit en sensitiviteit voor verandering van de huidige test kunnen immers te gering zijn geweest. Bovendien zal men eerst goed moeten weten of de gedragstest waarmee men de huidige test wil vergelijken inderdaad voldoende overeenstemt in moeilijkheidsgraad en scoringswijze om een vergelijking zinvol te laten zijn.

Met enige voorzichtigheid mag daarom worden verondersteld, dat het betrekkelijk geringe effect van de twee behandelmethodes op 'feitelijk agorafobisch gedrag' moet worden toegeschreven aan de wijze waarop deze factor is geoperationaliseerd en niet zozeer aan de effectiviteit van de behandelmethodes.

Dit neemt niet weg dat men zich kan afvragen wat de klinische relevantie is van een, volgens andere uitkomsten, effectieve behandeling welke patiënten niet in staat stelt gedurende tien minuten een blokje te wandelen in een onbekende buurt, een boodschap te doen in een middelgrote supermarkt, of een relatief kort ritje te maken in tram of bus in een vreemde omgeving.

### Kwam de Gedragstest te vroeg als maat voor het effect?

Wanneer de Gedragstest op een later tijdstip zou zijn afgenomen, was dan wellicht wel een duidelijke verbetering op 'feitelijk agorafobisch gedrag' aan het licht getreden? Men kan zich immers afvragen of een behandeling van elf zittingen niet te kort is om een klinisch relevante

voortgang te bewerkstelligen bij patiënten met paniekstoornis met agorafobie. Deze vraag lijkt zich te lenen voor nader onderzoek.

Overigens zou een later afgenomen gedragstest vooral meer zekerheid hebben kunnen geven over de effectiviteit van de beide behandelmethodes tezamen. Aan het vaststellen van een differentieel effect tussen PM+EV en EV zou hoogstwaarschijnlijk geen extra bijdrage zijn geleverd.

### **Waren de toegepaste statistische methodes onjuist?**

Om de in dit hoofdstuk gepresenteerde bevindingen te kunnen interpreteren, zijn drie aspecten van de gebruikte statistische methodes van belang.

Ten eerste was daar de keuze om steeds twee analysestrategieën te hanteren, waarbij in het ene geval alleen werd uitgegaan van de scores van patiënten van wie alle metingen op een bepaalde uitkomstvariabele beschikbaar waren (de 'complete cases' strategie), terwijl in het andere geval óók de scores van dropouts in de berekeningen werden betrokken (de 'intention to treat' strategie). In het laatste geval zijn de ontbrekende scores geschat met behulp van de methode van 'predicted mean matching'.

Ten tweede is een keuze voor MANOVA gemaakt om de verschillen tussen de behandelcondities op hun mogelijke significantie te toetsen.

Ten derde is 'Cohens d' gekozen als maat om de grootte van de effecten te berekenen.

Op alle drie aspecten wordt hieronder nader ingegaan.

#### 'Complete cases' en 'intention to treat'

Over het algemeen gaat men er vanuit dat het weglaten van dropouts uit de berekeningen tot betere resultaten leidt, dan die welke men zou hebben verkregen door de dropouts mee te tellen. Barlow (1988), bijvoorbeeld, schat dat de gerapporteerde effecten van exposuretherapie met tien tot vijftien procent moeten worden verlaagd, wanneer dropouts in de resultaten worden betrokken. In het huidige onderzoek is dat niet zonder meer het geval. Op de uitkomsten waarop beide behandelingen tezamen effectief waren zonder dropouts, waren zij dat ook wanneer dropouts wel werden meegeteld. Door dropouts mee te tellen werd bovendien één significant interactie-effect gevonden in de verwachte richting tussen herhaalde metingen en behandelconditie, dat er niet was toen dropouts buiten beschouwing werden gelaten. Dit moet vooral worden toegeschreven aan het grotere aantal patiënten dat in de 'intention to treat' strategie was betrokken. Bij een grotere omvang van de



steekproef neemt de kans immers toe om een significant effect te vinden.

Het blijft daarnaast de vraag of dropouts op een juiste manier zijn betrokken in de berekeningen. Het belangrijkste punt is daarbij of hun ontbrekende scores op een adequate wijze zijn geschat.

Het is duidelijk dat het gewicht dat dropouts in de berekeningen krijgen, in hoge mate wordt bepaald door de score die men aan hun missing data toekent op de tweede en/of derde meting. In dit onderzoek is ervoor gekozen om de scores van dropouts te schatten met behulp van 'predicted mean matching'. Het is moeilijk te zeggen of dit de best denkbare methode is. Het is, bijvoorbeeld, mogelijk dat de variabelen die gebruikt zijn om de missing data te schatten niet de meest geschikte waren. Deze vraag laat zich echter niet goed beantwoorden zolang niet meer bekend is over de variabelen die dropout voorspellen en over de ontwikkelingen die dropouts dóórmaken na het voortijdig afbreken van de therapie. Wel zou men in de huidige data van de 'complete cases' strategie willekeurig een aantal dropouts kunnen 'aanwijzen'. Vervolgens zou men, uitgaande van de beginmetingen van deze 'dropouts', hun scores op M2 en M3 kunnen schatten met behulp van 'predicted mean matching'. Tenslotte zou men dan de resultaten die men op deze wijze verkrijgt, kunnen vergelijken met die welke in werkelijkheid werden behaald. Op die wijze zou men een gefundeerde indruk kunnen krijgen van de waarde van 'predicted mean matching' voor het schatten van ontbrekende scores.

Vooralsnog zijn er geen redenen om te menen dat de toegepaste analysestrategieën een vertekend beeld geven van de resultaten van de beide behandelmethodes. Nader onderzoek naar dropouts is echter zeker gewenst.

### MANOVA

Om na te gaan of beide behandelmethodes tot significant verschillende resultaten zouden leiden, is getoetst met behulp van MANOVA voor herhaalde metingen. Binnen de sociale wetenschappen is dit een zeer gebruikelijke methode om dergelijke onderzoeksvragen te beantwoorden (van den Brink & Koele, 1987), al is zij misschien niet altijd de allerbeste (Huberty & Morris, 1992). MANOVA is toegespitst op het niveau van effecten ('level') en is relatief ongevoelig voor scheefheid in de verdelingen. Er is rekening gehouden met de ongelijke intervallen tussen de verschillende meetmomenten en er is vooraf nagegaan of belangrijke assumpties van MANOVA waren geschaad. Dit was niet het geval.

Het mag daarom niet aan het gebruik van MANOVA worden toegeschreven, dat effecten die vooraf werden verwacht, niet zijn gevonden.

### 'Cohens d'

De grootte van de effecten is berekend aan de hand van 'Cohens d'. Ook dit is een gebruikelijke methode, zij het dat deze niet door iedereen op dezelfde wijze wordt toegepast. 'Cohens d' behoort te worden berekend door twee groepsgemiddelden van elkaar af te trekken en dit verschil vervolgens te delen door de standaarddeviatie. Deze standaarddeviatie moet daarbij worden gecorrigeerd voor de correlatieve samenhang tussen voor- en eindmeting, de zogenaamde autocorrelatie (Cohen, 1977).

De verschillen in berekening ontstaan bij de keuze van de noemer van de deling. Om te beginnen past niet iedereen de correctie toe voor de autocorrelatie tussen voor- en eindmeting. Ook kiest niet iedereen dezelfde standaarddeviatie in de deler. Dikwijls wordt uitgegaan van de 'gepoolde' standaarddeviatie van begin- en eindmeting. De Beurs, bijvoorbeeld, gaat uit van de gepoolde standaarddeviatie, terwijl hij ook de correctie voor correlatieve samenhang niet toepast (de Beurs et al., 1991).

Deze keuzes lijken niet goed te rechtvaardigen. In het huidige onderzoek is dan ook niet uitgegaan van de 'gepoolde' standaarddeviatie, maar van de standaarddeviatie op M1. De keuze om de standaarddeviatie op de beginmeting als referentie te nemen, lijkt reëel te zijn. Verandering van variantie, c.q. van de standaarddeviatie, moet immers als een effect van de behandeling worden beschouwd en is dus informatief. In het huidige onderzoek is bovendien de correctie voor autocorrelatie toegepast. Ook dit lijkt een reële keuze te zijn geweest. Er mag immers pas van een effect op een uitkomstvariabele worden gesproken, wanneer iets wordt toegevoegd aan het natuurlijk beloop van de score tussen voor- en eindmeting. Autocorrelatie is een maat voor dit natuurlijk beloop. Er moet dus voor worden gecorrigeerd.

Een gevolg van deze keuzes is geweest, dat de noemer in de berekening van 'Cohens d' kleiner wordt. De standaarddeviatie wordt immers vermenigvuldigd met een getal kleiner dan 1 (wortel uit 1-r). De effectgroottes in het huidige onderzoek nemen daardoor toe in vergelijking met die van onderzoeken waarin de correctie niet wordt toegepast.

Een andere berekening van 'Cohens d' zou dus inderdaad tot andere uitkomsten hebben geleid. De keuze voor de huidige berekeningswijze lijkt echter heel goed verdedigbaar te zijn. Zij sluit ook het meeste aan bij de oorspronkelijke bedoeling van Cohen (1977).

Al met al lijkt het met betrekking tot de wijze waarop het onderzoek is opgezet en uitgevoerd, de moeite waard te zijn om, bij nieuw onderzoek, gebruik te maken van een vooraf beter onderzochte gedragstest. Bij een langer durende behandeling zou men deze test ook beter later in de

behandeling kunnen afnemen. Zo zou wellicht ook op de Gedragstest een behoorlijke effect-grootte voor alle patiënten tezamen kunnen worden aangetoond.

Verder verdient het aanbeveling om bij het berekenen van de effect-grootte te werk te gaan zoals in dit onderzoek is gebeurt.

Tenslotte tonen de bevindingen aan, dat het nodig is om bij de rapportage van onderzoeksgegevens verantwoording af te leggen over de wijze waarop men is omgesprongen met 'missing data'.

## 7.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de vraag beantwoord of PM+EV meerwaarde heeft ten opzichte van EV. Het antwoord was 'nee'. Weliswaar waren er enkele tendensen die de onderzoekshypothese leken te ondersteunen, voldoende overtuigend werden deze uiteindelijk niet gevonden. Wel werd verder onderzoek naar deze vraag nuttig geacht.

Bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn steeds twee analysestrategieën gevolgd. In de ene ('complete cases') werden alleen die patiënten betrokken van wie alle metingen op een bepaalde uitkomstvariabele beschikbaar waren, in de andere strategie ('intention to treat') werden de gegevens van alle patiënten meegenomen die minstens op de eerste therapiezitting aanwezig waren geweest. Ontbrekende scores werden geschat met behulp van de methode van 'predicted mean matching'.

Bij de toetsing op significantie bleek PM+EV op twee factoren meerwaarde te hebben ten opzichte van EV. Dat was het geval bij een onderdeel van 'feitelijk agorafobisch gedrag' ('lopen') en bij 'agorafobische cognities'. In het eerste geval werd het verschil alleen gevonden bij toepassing van de 'intention to treat' strategie. In het tweede geval bleek PM volgens beide analysestrategieën meerwaarde te hebben. Bij de andere toetsingen werden noch volgens de 'intention to treat' strategie, noch volgens de 'complete cases' strategie significante verschillen gevonden.

Behalve dat op significantie werd getoetst, werden ook de effectgroottes berekend. Ook hier werden de berekeningen weer zowel via de 'complete cases' strategie uitgevoerd als via de 'intention to treat' strategie. Bij het berekenen van effect-groottes werd de meeste steun voor de onderzoekshypothese gevonden bij toepassing van de 'intention to treat' strategie.

In vergelijking met andere onderzoeken waren de effect-groottes bevredigend, met uitzondering van die op 'feitelijk agorafobisch gedrag'. Hierop was de vooruitgang van de groep als geheel zowel bij de toetsingen als bij het berekenen van de effect-groottes teleurstellend; dit in tegenstelling tot de vooruitgang op de andere factoren. Er werd geconcludeerd dat de Gedragstest, waarmee 'feitelijk agorafobisch gedrag' werd geoperationaliseerd wellicht te weinig sensitief is geweest om reëel bestaande verschillen aan te tonen over de korte periode waarin de behandeling plaatsvond.

Het werd aangeraden om, bij het rapporteren over onderzoek, verantwoording af te leggen over de wijze waarop met dropouts wordt omgesprongen. 'Predicted mean matching' werd aanbevolen als methode om ontbrekende gegevens te schatten. Er werd tevens een manier voorgesteld om deze methode nader op zijn adequaatheid te toetsen. Ook werd de aanbeveling gedaan om, bij het berekenen van effect-groottes, Cohens werkwijze te volgen, waarbij het verschil van de gemiddelden wordt gedeeld door de standaarddeviatie van de referentie (meestal: de beginmeting) vermenigvuldigd met de wortel uit 1 minus de autocorrelatie van de betreffende variabele tussen voor- en nameting.

Ook werd stilgestaan bij de aard van de interventies. De suggestie werd gedaan om bij een vervolgonderzoek de PM-fase langer te laten duren en meer toe te spitsen op individuele aspecten in de paniekbeleving van patiënten.

# HOOFDSTUK 8. SAMENHANG TUSSEN HET BELOOP VAN AGORAFOBIE EN DAT VAN COMORBIDITEIT

## 8.1 Inleiding

De belangrijkste vraagstelling van het huidige onderzoek was of PM+EV meerwaarde had ten opzichte van EV. De beantwoording van deze vraag is in hoofdstuk 7 aan de orde geweest. Er werd geconcludeerd, dat een mogelijke meerwaarde van PM+EV niet overtuigend is aangetoond. Wel werden tendensen gesignaleerd die in deze richting wezen.

Het onderzoek kende hiernaast nog een tweetal descriptief/exploratieve vraagstellingen. Deze hadden betrekking op de samenhang tussen agorafobie en comorbiditeit en op de samenhang tussen agorafobie en de kwaliteit van de therapeutische relatie. In beide gevallen ging het om de samenhang tussen het beloop van de betreffende variabelen gedurende de behandeling. Het gehele onderzoek heeft in het teken gestaan van mogelijke verschillen in behandel effecten tussen PM+EV en EV. Ook bij het onderzoek naar samenhang is uitgegaan van de afzonderlijke behandelcondities. Aangezien het om een vraagstelling ging van descriptief/exploratieve aard, is echter niet getoetst op statistische significantie voor mogelijke verschillen.

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van het onderzoek naar de eerste descriptief/exploratieve vraag: in hoeverre hangt het beloop van agorafobie samen met het beloop van comorbiditeit tijdens de therapie?

De operationalisatie van comorbiditeit is daarbij beperkt gebleven tot de mate van depressiviteit; tot problemen in de partnerrelatie; en tot twee aspecten van sociale angst, namelijk angstniveau en vermijding.

Depressiviteit en problemen in de partnerrelatie zijn zowel vóór de aanvang van de therapie (M1) als na afloop (M3) vastgesteld. Sociale angst is alleen op M1 gemeten.

Het idee dat comorbiditeit kan samenhangen met het beloop van agorafobie is niet nieuw. Vooral ten aanzien van depressiviteit en problemen in de partnerrelatie is regelmatig op samenhang met agorafobie gewezen. Ook echter tussen sociale angst en agorafobie is dikwijls een verband geconstateerd (zie: 2.7). Daarbij is wel verondersteld dat therapeu-

tische beïnvloeding van comorbiditeit noodzakelijk zou kunnen zijn, om de agorafobie optimaal te kunnen behandelen (Jansson et al., 1987).

## 8.2 Statistische analyse

De vraag of het beloop van agorafobie samenhangt met het beloop van comorbiditeit is onderzocht door eerst een correlatiematrix te maken van alle relevante variabelen. De Pearson productmoment-correlatie coefficient (PMCC) is gebruikt als correlatiemethode. Omdat de vraagstelling betrekking had op het beloop gedurende de behandeling, is alleen uitgegaan van de 'complete cases' strategie. Nadat de dropouts uit de gegevens waren verwijderd, is van de overgebleven gegevens telkens de PMCC berekend tussen agorafobie en comorbiditeit. Daarbij werd M1 met M1 gecorreleerd, M3 met M3, M1 met M3 en M3 met M1. Op deze manier konden veranderingen worden vastgesteld tussen de mate van samenhang aan het begin van de therapie en die aan het eind. Bovendien kon zo worden nagegaan of er samenhang bestond tussen de beginmeting van de ene variabele en de eindmeting van de andere. Bij de berekeningen is onderscheiden naar behandelconditie. Agorafobie is telkens geoperationaliseerd door alle in het onderzoek gebruikte uitkomstvariabelen in ogenschouw te nemen. 'Feitelijk agorafobisch gedrag' werd dus gemeten op de drie onderdelen van de Gedragstest ('lopen', 'supermarkt' en 'openbaar vervoer'); 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' op de MI-alleen en de MI-samen; 'agorafobische cognities' op de ACV; terwijl, tenslotte, 'gepercipieerde hyperventilatie' werd bepaald aan de hand van de NHV. BDI, IPOV, SIG-sp. (niveau van sociale angst) en SIG-fr. (frequentie van vermijding van sociaal angstwekkende situaties) waren steeds de operationalisaties van comorbiditeit. Hoge scores zijn gunstig op de Gedragstest ('lopen', 'supermarkt' en 'openbaar vervoer'), op de IPOV en op de SIG-fr. Lage scores zijn gunstig op de MI-alleen, de MI-samen, de ACV, de NHV, de BDI en de SIG-sp. (zie: 5.5).

Vervolgens zijn van alle correlaties de 95%-betrouwbaarheidsintervallen berekend. Deze zijn terug te vinden in bijlage 5. Betrouwbaarheidsintervallen bieden inzicht in de precisie van de gevonden correlaties. Hoe smaller het betrouwbaarheidsinterval, des te meer zegt de gevonden correlatiecoëfficiënt over de 'werkelijke mate van samenhang' in de populatie. Wanneer de waarde 0.00 niet door het betrouwbaarheidsinterval wordt omsloten, is er sprake van een samenhang die significant is op 0.05 niveau.

Achtereenvolgens worden de bevindingen in PM+EV en die in EV weer gegeven. Daarbij wordt telkens eerst de grootte van de samenhang tus-

sen agorafobie en comorbiditeit besproken. Daarna wordt stilgestaan bij in het oog springende veranderingen in de grootte van de samenhang tussen de twee variabelen tijdens het beloop van de therapie. Correlaties welke in enige mate substantieel lijken te zijn, worden **vet** weergegeven. Vrij willekeurig is daarbij de grens gehanteerd van correlaties groter dan, of gelijk aan  $\pm 0.40$ . Opnieuw vrij willekeurig, worden veranderingen in correlaties welke groter zijn dan, of gelijk zijn aan 0.25 als 'in het oog springend' beschouwd.

## 8.3 Samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van comorbiditeit voor PM+EV

In tabel 8.1 wordt de correlatiematrix voor PM+EV gepresenteerd. Er moet nu al op worden gewezen dat de betrouwbaarheidsintervallen (zie: bijlage 5) betrekkelijk breed zijn. Bij de interpretatie van de gevonden samenhang moet dus de nodige voorzichtigheid in acht worden genomen.

### 8.3.1 *Grootte van samenhang*

De grootte van de samenhang tussen agorafobie op M1 en comorbiditeit op M1 wordt eerst in ogenschouw genomen. Daarna volgt de grootte van de samenhang tussen beide variabelen op M3, vervolgens die tussen agorafobie op M1 en comorbiditeit op M3 en tenslotte de grootte van de samenhang tussen agorafobie op M3 en comorbiditeit op M1.

#### **Samenhang tussen agorafobie en comorbiditeit, beide op M1**

Er bestaat een substantiële samenhang tussen agorafobie en depressiviteit op de uitkomstvariabelen 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' (samen-situaties), op 'agorafobische cognities' en op 'gepercipieerde hyperventilatie'. Relatief ongunstige scores op agorafobie gaan samen met relatief ongunstige scores op depressiviteit en andersom. De samenhang op de andere uitkomstvariabelen wijst in dezelfde richting, maar stelt qua grootte minder voor.

De samenhang tussen agorafobie en problemen in de partnerrelatie aan het begin van de therapie is op twee uitkomstvariabelen substantieel, namelijk op 'feitelijk agorafobisch gedrag' (onderdeel 'lopen') en op 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' (samen-situaties). In beide gevallen gaat relatief veel agorafobie samen met een relatief slechte partnerrelatie.

De samenhang tussen agorafobie en sociale angst is niet substantieel aan het begin van de therapie.

**Tabel 8.1: Samenhang beloop agorafobie-comorbiditeit; PM+EV**

agorafobie	comorbiditeit					
	M1				M3	
	BDI (n=36)	IPOV (n=31)	SIG-sp (n=36)	SIG-fr (n=36)	BDI (n=36)	IPOV (n=31)
<b>M1</b>						
- Lopen	-.19	<b>.42</b>	-.11	.10	-.29	.39
- Supermarkt	-.10	-.02	-.10	.23	.02	-.05
- Openb.vv.	-.23	.24	-.23	.37	.07	.15
- MI-alleen	.37	-.20	.19	-.27	.25	-.14
- MI-samen	<b>.49</b>	<b>.40</b>	.33	-.27	.31	-.36
- AVC	<b>.41</b>	-.11	.24	.07	.11	-.03
- NHV	<b>.42</b>	-.15	.15	-.19	.18	-.03
<b>M3</b>						
- Lopen	-.18	.19	.06	-.07	-.34	.15
- Supermarkt	-.26	-.04	-.09	.15	-.25	-.01
- Openb.vv.	-.07	-.10	.22	.02	-.21	.00
- MI-alleen	.25	-.30	.14	-.36	<b>.49</b>	-.35
- MI-samen	.39	-.32	.36	-.33	<b>.60</b>	-.37
- ACV	<b>.50</b>	-.27	.32	-.14	<b>.65</b>	<b>-.40</b>
- NHV	<b>.40</b>	-.26	.13	-.20	<b>.68</b>	-.33

M1 = voormeting

M3 = eindmeting

### **Samenhang tussen agorafobie en comorbiditeit, beide op M3**

Aan het einde van de behandeling bestaat een duidelijke samenhang tussen agorafobie en depressiviteit. Op alle uitkomstvariabelen tendeert een relatief ongunstige score op agorafobie naar samenhang met een relatief ongunstige score op depressiviteit en andersom. Substantieel is deze samenhang op de uitkomstvariabelen 'gepercipieerd agorafobisch gedrag', 'agorafobische cognities' en 'gepercipieerde hyperventilatie'.

De samenhang tussen agorafobie en problemen in de partnerrelatie aan het eind van de behandeling is minder uitgesproken. Slechts op de uitkomstvariabele 'agorafobische cognities' is sprake van een substantiële samenhang. Relatief veel agorafobie gaat samen met een relatief slechte partnerrelatie en andersom.



### **Samenhang tussen agorafobie op M1 en comorbiditeit op M3**

Noch tussen agorafobie op M1 en depressiviteit op M3, noch tussen agorafobie op M1 en problemen in de partnerrelatie op M3 bestaat enige substantiële samenhang.

### **Samenhang tussen agorafobie op M3 en comorbiditeit op M1**

Er bestaat enige samenhang tussen de mate van agorafobie aan het eind van de behandeling en de mate van depressiviteit aan het begin. Op 'agorafobische cognities' en op 'gepercipieerde hyperventilatie' is deze samenhang substantieel. Patiënten die bij afsluiting relatief veel agorafobie hebben, waren bij aanvang van de therapie naar verhouding het meest depressief en andersom.

De samenhang tussen agorafobie aan het eind van de therapie en problemen in de partnerrelatie aan het begin is tamelijk gering. Op geen enkele uitkomstvariabele is sprake van een substantiële samenhang.

Hetzelfde geldt voor de samenhang tussen agorafobie aan het einde van de therapie en sociale angst bij aanvang. Op geen enkele uitkomstvariabele bestaat een substantiële samenhang.

#### ***8.3.2 Veranderingen in de grootte van samenhang tussen M1 en M3***

Er is uitsluitend nagegaan of de grootte van de samenhang welke aan het einde van de therapie tussen beide variabelen werd gevonden, in een in het oog springende mate lijkt te verschillen van die van de samenhang aan het begin van de behandeling.

De grootte van de samenhang tussen agorafobie en depressiviteit lijkt aan het eind van de therapie enigszins toe te nemen. In het oog springend is deze toename slechts op de uitkomstvariabele 'gepercipieerde hyperventilatie'.

De grootte van de samenhang tussen problemen in de partnerrelatie en agorafobie lijkt ook niet erg te veranderen tussen voor- en eindmeting. Op 'lopen' neemt de samenhang in een in het oog springende mate af tussen relatief veel agorafobie en een relatief slechte partnerrelatie. Op 'agorafobische cognities' is er juist een toename in samenhang met meer dan 0.25.

## 8.4 Samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van comorbiditeit voor EV

In tabel 8.2 wordt de correlatiematrix voor EV gepresenteerd. Er moet nu al op worden gewezen dat de betrouwbaarheidsintervallen (zie: bijlage 5) betrekkelijk breed zijn. Bij de interpretatie van de gevonden samenhang moet dus de nodige voorzichtigheid in acht worden genomen.

**Tabel 8.2: Samenhang beloop agorafobie-comorbiditeit; EV**

agorafobie	comorbiditeit					
	M1			M3		
	BDI (n=26)	IPOV (n=21)	SIG-sp (n=26)	SIG-fr (n=26)	BDI (n=26)	IPOV (n=21)
<b>M1</b>						
- Lopen	-.03	.25	-.06	.09	-.23	.34
- Supermarkt	-.33	.29	-.01	-.15	-.33	.19
- Openb.vv.	-.30	.31	.08	.11	-.13	.27
- MI-alleen	<b>.42</b>	-.36	.27	-.37	.34	-.32
- MI-samen	.24	-.26	.19	-.51	.11	-.32
- AVC	.37	-.16	.06	-.19	.15	-.25
- NHV	<b>.49</b>	-.53	-.03	-.11	.21	-.56
<b>M3</b>						
- Lopen	.08	.04	.10	-.08	-.08	.07
- Supermarkt	.05	.11	.29	-.04	.01	.01
- Openb.vv.	-.01	.16	.38	.01	.00	-.02
- MI-alleen	<b>.49</b>	-.41	.33	-.34	<b>.64</b>	-.46
- MI-samen	.31	-.43	.28	-.34	<b>.49</b>	-.54
- ACV	.39	-.09	<b>.42</b>	-.11	<b>.54</b>	-.35
- NHV	.38	-.49	.19	-.07	<b>.54</b>	-.65

M1 = voormeting

M3 = eindmeting

#### *8.4.1 Grootte van samenhang*

De grootte van de samenhang tussen agorafobie op M1 en comorbiditeit op M1 wordt eerst in ogenschouw genomen. Daarna volgt de grootte van de samenhang tussen beide variabelen op M3, vervolgens die tussen agorafobie op M1 en comorbiditeit op M3 en tenslotte de grootte van de samenhang tussen agorafobie op M3 en comorbiditeit op M1. Hierbij wordt telkens een vergelijking gemaakt met de bevindingen bij PM+EV.

#### **Samenhang tussen agorafobie en comorbiditeit, beide op M1**

De samenhang tussen agorafobie en depressiviteit aan het begin van de behandeling is vrij groot. Patiënten met relatief veel agorafobische klachten, hebben vaak ook relatief ongunstige scores op depressiviteit. Op de uitkomstvariabelen 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' (alleen-situaties) en 'gepercipieerde hyperventilatie' is deze samenhang substantieel.

Evenzeer lijkt er bij aanvang van de therapie een samenhang te bestaan met problemen in de partnerrelatie. Op de uitkomstvariabele 'gepercipieerde hyperventilatie' is deze samenhang substantieel. Relatief veel agorafobie gaat samen met relatief slechte partnerrelaties en andersom.

Er bestaat betrekkelijk weinig samenhang tussen agorafobie en sociale angst aan het begin van de therapie. Slechts op de uitkomstvariabele 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' (samen-situaties) is de samenhang substantieel. Patiënten die relatief sterk geneigd zijn sociaal angstwekkende situaties te vermijden, hebben diezelfde neiging ten aanzien van agorafobische situaties.

Bovenstaande bevindingen lijken niet wezenlijk te verschillen van die in PM+EV. Dat is geen verrassende conclusie, omdat van beide groepen mocht worden verwacht dat zij, vanwege de randomisering, aan het begin van de therapie min of meer aan elkaar gelijk zouden zijn.

#### **Samenhang tussen agorafobie en comorbiditeit, beide op M3**

Aan het einde van de therapie bestaat een zeer duidelijke samenhang tussen de mate van agorafobie en depressiviteit. Het valt op dat er geen enkele samenhang bestaat op 'feitelijk agorafobisch gedrag', maar des te meer op de andere uitkomstvariabelen. Patiënten met naar verhouding veel agorafobische klachten hebben over het algemeen ook relatief veel depressieve klachten.

Aan het einde van de behandeling bestaat ook een duidelijke samenhang tussen agorafobie en problemen in de partnerrelatie. Deze samen-

hang is substantieel op de uitkomstvariabelen 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' en 'gepercipieerde hyperventilatie'. Aan het einde van de therapie hebben patiënten met relatief veel agorafobie over het algemeen een relatief slechte partnerrelatie en andersom. Op de uitkomstvariabele 'feitelijk agorafobisch gedrag' is deze samenhang opvallend afwezig.

Bovenstaande bevindingen lijken niet wezenlijk te verschillen van die in PM+EV.

### **Samenhang tussen agorafobie op M1 en comorbiditeit op M3**

Er lijkt nauwelijks een relevante samenhang te bestaan tussen agorafobie aan het begin en depressiviteit aan het eind van de therapie.

Iets meer samenhang lijkt te bestaan tussen agorafobie aan het begin van de behandeling en problemen in de partnerrelatie aan het eind. Op de uitkomstvariabele 'gepercipieerde hyperventilatie' is deze samenhang substantieel. Relatief veel agorafobie aan het begin van de therapie gaat samen met relatief veel problemen in de partnerrelatie aan het eind.

Vergeleken met de bevindingen in PM+EV, lijkt met name de samenhang tussen agorafobie in het begin en problemen in de partnerrelatie aan het eind wat duidelijker naar voren te komen in EV.

### **Samenhang tussen agorafobie op M3 en comorbiditeit op M1**

Er bestaat enige samenhang tussen depressiviteit aan het begin van de therapie en agorafobie aan het eind. Op de uitkomstvariabele 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' (alleen-situaties) is deze samenhang substantieel. Relatief veel depressiviteit in het begin hangt samen met relatief veel agorafobie aan het eind van de behandeling.

Ook bestaat er samenhang tussen problemen in de partnerrelatie aan het begin van de therapie en agorafobie aan het eind. Op de uitkomstvariabelen 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' en 'gepercipieerde hyperventilatie' is deze samenhang substantieel. Relatief veel problemen in de partnerrelatie aan het begin hangen samen met relatief veel agorafobie aan het eind.

Ook tussen de mate van sociale angst aan het begin van de therapie en agorafobie aan het eind lijkt enig verband te bestaan, al is de aard van die samenhang ietwat onduidelijk. Dat geldt althans voor het niveau van sociale angst (SIG-sp.). Op 'feitelijk agorafobisch gedrag' (met name op 'openbaar vervoer') bestaat een tendens, waarin relatief veel sociale

angst samenhangt met relatief weinig agorafobie, terwijl op de andere uitkomstvariabelen de relatie andersom ligt. Relatief veel sociale angst heeft daar juist de neiging samen te gaan met relatief veel agorafobie. De grootte van de samenhang is echter doorgaans bescheiden. Slechts op de uitkomstvariabele 'agorafobische cognities' is deze substantieel. Daar gaat relatief veel sociale angst samen met relatief veel agorafobie.

Voor zover er verschil is met PM+EV, lijkt dat hieruit te bestaan, dat de samenhang tussen problemen in de partnerrelatie aan het begin en agorafobie aan het eind van de therapie in EV iets substantiëler lijkt te zijn dan in PM+EV.

#### *8.4.2 Veranderingen in de grootte van samenhang tussen M1 en M3*

Er is uitsluitend nagegaan of de grootte van de samenhang welke aan het einde van de therapie tussen beide variabelen werd gevonden, in een in het oog springende mate lijkt te verschillen van die van de samenhang aan het begin van de behandeling.

De samenhang tussen agorafobie en depressiviteit verandert op M3 niet dramatisch ten opzichte van M1. Ook aan het eind gaat relatief veel agorafobie samen met relatief veel depressiviteit. Op 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' (samen-situaties) neemt de samenhang in een in het oog springende mate toe, terwijl de (geringe) samenhang die op 'feitelijk agorafobisch gedrag' ('supermarkt' en 'openbaar vervoer') op M1 bestond, opvallend afneemt tot ongeveer 0.

De samenhang tussen agorafobie en problemen in de partnerrelatie verandert enigszins tussen M1 en M3. Op de uitkomstvariabele 'feitelijk agorafobisch gedrag' is er een afname in de mate van samenhang tussen relatief veel agorafobie en een relatief slechte partnerrelatie. Op de onderdelen 'supermarkt' en 'openbaar vervoer' springt de mate van afname in het oog. Op de andere uitkomstvariabelen neemt de mate van samenhang juist toe. De toename springt in het oog op 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' (samen-situaties).

Deze bevindingen zijn vergelijkbaar met die in PM+EV.

## 8.5 Conclusies

Uit de hierboven gepresenteerde bevindingen kan een aantal conclusies worden getrokken welke van belang kunnen zijn voor de behandeling van en verder onderzoek naar patiënten met paniekstoornis met agorafobie:

- De samenhang tussen agorafobie en depressiviteit is tamelijk substantieel. Daarbij gaat relatief veel agorafobie over het algemeen samen met relatief veel depressiviteit. Substantiële samenhang blijkt meer op de uitkomstvariabelen 'gepercipieerd agorafobisch gedrag', 'agorafobische cognities' en 'gepercipieerde hyperventilatie' dan op 'feitelijk agorafobisch gedrag'. Al deze bevindingen zijn in PM+EV weinig anders dan in EV.

De samenhang tussen beide variabelen bestaat al aan het begin van de behandeling en lijkt aan het einde zelfs nog iets toe te nemen. Bovendien bestaat er een geringe tendens, waarin patiënten die al bij aanvang van de therapie relatief depressief waren, aan het eind van de behandeling het meeste last hebben van agorafobie. Andersom bestaat er geen enkele tendens, waarin patiënten die aan het begin het meest agorafobisch waren, aan het eind van de therapie het meest depressief zijn.

Deze bevindingen zouden kunnen suggereren dat de mate van depressiviteit meer bepalend is voor het beloop van agorafobie, dan dat het omgekeerde het geval is.

- Ook de samenhang tussen agorafobie en problemen in de partnerrelatie heeft enige omvang. Opnieuw komt de samenhang meer naar voren op de uitkomstvariabelen 'gepercipieerd agorafobisch gedrag', 'agorafobische cognities' en 'gepercipieerde hyperventilatie' dan op 'feitelijk agorafobisch gedrag'. Zowel aan het begin van de therapie als aan het eind gaat een relatief slechte partnerrelatie samen met relatief veel agorafobie. De samenhang lijkt in EV iets substantiëlere te zijn dan in PM+EV.

In EV lijkt bovendien enige samenhang te bestaan tussen enerzijds een relatief slechte partnerrelatie aan het begin en relatief veel agorafobie aan het eind en anderzijds tussen relatief veel agorafobie aan het begin en een relatief slechte partnerrelatie aan het eind. In PM+EV lijken deze twee aspecten van samenhang iets minder uitgesproken te zijn.

Deze gegevens suggereren geen nadere hypothesen over de aard van de samenhang tussen agorafobie en problemen in de partnerrelatie. De samenhang lijkt in haar beloop gedurende de therapie immers weinig te veranderen.

- De samenhang tussen agorafobie en sociale angst lijkt over het algemeen weinig substantieel te zijn. Hierom en omdat sociale angst slechts bij aanvang van de therapie werd vastgesteld, wordt

in de discussie niet meer teruggekomen op deze indicator voor comorbiditeit.

## 8.6 Discussie

Eerst moet worden vastgesteld dat de bevindingen met een zekere bescheidenheid moeten worden gepresenteerd. Correlatie impliceert slechts een zekere samenhang tussen twee variabelen. Men kan op grond van correlatie nooit met zekerheid concluderen dat er sprake is van een causale relatie in één van beide richtingen. Men weet nooit zeker of er mogelijk een derde, onbekende, variabele in het spel is, welke bepalend is voor de geobserveerde samenhang. Vervolgonderzoek zal steeds moeten uitwijzen om welk soort relatie het gaat. Dat geldt dus ook voor de bevindingen in het huidige onderzoek.

Bovendien blijkt de gevonden samenhang tussen variabelen over het algemeen niet erg groot te zijn. De hoogst gevonden correlatie bedraagt 0.68. Dat betekent dat ongeveer 46% van de variantie wordt verklaard en dus zo'n 54% nog steeds niet. Bij een correlatie van 0.40, hetgeen steeds werd gehanteerd als ondergrens voor een 'substantiële samenhang', wordt niet meer dan 16% van de variantie verklaard.

Tenslotte zijn de betrouwbaarheidsintervallen over het algemeen tamelijk breed, zodat de precisie van de gevonden correlaties relatief bescheiden is.

Dit opgemerkt hebbende, vallen in de resultaten twee zaken op waarop hieronder nader wordt ingegaan. Allereerst is er het gegeven dat er een substantiële samenhang lijkt te bestaan tussen het beloop van agorafobie en dat van zowel depressiviteit als van problemen in de partnerrelatie. Het is de vraag hoe deze bevindingen passen in hetgeen elders wordt gerapporteerd over samenhang tussen deze variabelen.

Daarnaast is het de vraag welke consequenties voor onderzoek en behandeling moeten worden verbonden aan de huidige bevindingen.

In de tweede plaats is er het opvallende feit dat deze samenhang vooral tot uitdrukking kwam op de uitkomstvariabelen 'gepercipieerd agorafobisch gedrag', 'agorafobische cognities' en 'gepercipieerde hyperventilatie', terwijl op de uitkomstvariabele 'feitelijk agorafobisch gedrag' veel minder samenhang met comorbiditeit werd gevonden. Op dit laatste aspect wordt eerst kort ingegaan.

### 8.6.1 *Over de geringe samenhang tussen 'feitelijk agorafobisch gedrag' en comorbiditeit*

Belangrijke aspecten bij het interpreteren van onderzoeksresultaten zijn betrouwbaarheid, validiteit en sensitiviteit van de gebruikte meet-

instrumenten. Over deze eigenschappen van de Gedragstest zijn al de nodige opmerkingen gemaakt in 7.6.2. De voornaamste conclusie was, dat de Gedragstest mogelijk te weinig sensitief is geweest en te vroeg in de behandeling is afgenomen om reëel bestaande verschillen tussen patiënten te kunnen vaststellen. Als deze conclusie juist is, mag het niet verbazen dat de Gedragstest ook niet in staat is geweest, om een mogelijk reëel bestaande samenhang tussen 'feitelijk agorafobisch gedrag' en comorbiditeit vast te stellen.

### *8.6.2 Over de samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van depressiviteit en problemen in de partnerrelatie*

Eerst worden de bevindingen omtrent de gevonden samenhang vergeleken met de resultaten van ander onderzoek. Daarna wordt ingegaan op enkele praktische consequenties voor therapie die men wellicht nu al zou kunnen verbinden aan de bevindingen.

### **Relatie met andere bevindingen**

Hoewel sommige onderzoekers geen verband vinden tussen het beloop van agorafobie en dat van depressiviteit (Emmelkamp & Kuiper, 1979; Emmelkamp & Van der Hout, 1983; Barlow et al., 1984a), wordt dikwijls verondersteld dat depressiviteit van invloed kan zijn op de klachtgerichte behandeling van paniekstoornis met agorafobie (Watson et al., 1973; Zitrin et al., 1980; Marks, 1987a; Jansson et al., 1987). In die zin is de bevinding dat agorafobie en depressiviteit met elkaar samenhangen tijdens het beloop van de behandeling niet opzienbarend.

Van enig belang is mogelijk de bevinding dat relatief veel depressiviteit aan het begin van de therapie samenhangt met relatief veel agorafobie aan het eind, terwijl het omgekeerde verband (relatief veel agorafobie aan het begin met relatief veel depressiviteit aan het eind) niet werd gevonden.

Het is gewenst de kwestie nader te onderzoeken. Het zou, bijvoorbeeld, interessant zijn om na te gaan of agorafobische patiënten die ook depressief zijn, wellicht meer baat hebben bij een behandeling waarbij (PM+)EV wordt vooraf gegaan door een op de depressie gerichte behandeling, dan bij een behandeling die uitsluitend uit (PM+)EV bestaat. Daarbij kan het nuttig zijn om ook de absolute ernst van de depressiviteit in de overwegingen te betrekken, in plaats van uitsluitend te kijken naar de relatieve ernst zoals in het huidige onderzoek is gebeurd. Het is, bijvoorbeeld, voorstelbaar dat een aparte interventie ten aanzien van depressiviteit alleen van belang is bij patiënten die hoger scoren dan 25 op de BDI, waarmee zij kunnen worden geclassificeerd als 'ernstig depressief' (Fennell, 1989).



Verrassender is wellicht de constatering dat ook agorafobie en problemen in de partnerrelatie samenhangen. Arrindell (1987) en Emmelkamp (Emmelkamp et al., 1992), bijvoorbeeld, zijn van mening dat er geen relatie bestaat tussen agorafobie en de kwaliteit van de partnerrelatie.

Vooraf Arrindell (1987) heeft de mogelijke associatie tussen agorafobie en de partnerrelatie uitvoerig onderzocht. Hij vond geen comorbiditeit tussen agorafobie en interactionele problemen. Bovendien was de gerapporteerde huwelijksatisfactie van agorafobische paren vergelijkbaar met die van 'gelukkige paren' in de normale populatie. Tenslotte verslechterde partnerrelaties niet na een geslaagde behandeling van de fobie en had de kwaliteit van de partnerrelatie geen invloed op het beloop van exposuretherapie (Arrindell, 1987).

De huidige bevindingen lijken enigszins te weerspreken dat agorafobie en de partnerrelatie niets met elkaar van doen hebben. Zowel aan het begin van de therapie als aan het eind bleek een relatief slechte partnerrelatie enige samenhang te vertonen met relatief veel agorafobie. Bovendien bestond in EV enige samenhang tussen een relatief slechte partnerrelatie aan het begin en relatief veel agorafobie aan het eind van de behandeling. Tenslotte ging, ook in EV, relatief veel agorafobie aan het begin samen met een relatief slechte partnerrelatie aan het einde van de therapie.

Drie belangrijke verschillen tussen het onderzoek van Arrindell en het huidige onderzoek kunnen de ogenschijnlijke discrepantie tussen de bevindingen mogelijk helpen verklaren. Ten eerste werd in het huidige onderzoek uitsluitend gekeken naar de PMCC tussen variabelen, waar Arrindell zijn gegevens veel uitgebreider statistisch bewerkte. In de tweede plaats werden in het huidige onderzoek zowel manlijke als vrouwelijke agorafobici opgenomen, waar Arrindell uitsluitend de partnerrelaties van vrouwelijke agorafobische patiënten onderzocht. Tenslotte werden problemen in de partnerrelatie in het huidige onderzoek geoperationaliseerd door het probleemoplossend vermogen te bepalen zoals dat door één partner (de patiënt) werd gepercipieerd en gerapporteerd, waar Arrindell meerdere aspecten van de partnerrelatie onderzocht en daarin bovendien ook het oordeel van de partner betrok. Het probleemoplossend vermogen binnen een relatie zoals één partner (namelijk de patiënt) dit ervaart, lijkt niet zonder meer te mogen worden gelijkgesteld aan begrippen als 'kwaliteit van de partnerrelatie', of 'huwelijksatisfactie', al staat het er zeker niet geheel los van (Lange, 1983; Hoogduin, 1985).

Toch staan de huidige bevindingen omtrent de samenhang tussen agorafobie en problemen in de partnerrelatie niet geheel op zichzelf. Sommige auteurs pleiten ervoor partners in te schakelen in een verder vooral klachtgerichte behandeling van agorafobie (Arnow et al., 1985; Barlow, 1988). Barlow meent dat het voor 'gelukkige paren' inderdaad niet uitmaakt of de partner wel of niet bij de behandeling wordt betrokken. Bij 'ongelukkige paren' echter zou het inschakelen van partners wel degelijk een gunstig effect kunnen hebben op de behandeling van de fobie (Barlow et al., 1984a; Barlow, 1988). Dit standpunt lijkt indirect enige ondersteuning te vinden in de huidige resultaten.

Hoewel in het huidige onderzoek partners werden ingeschakeld 'waar dat mogelijk was', is niet systematisch nagegaan of dit een differentiële invloed heeft gehad op de effecten van (PM+)EV bij patiënten met relatief veel, dan wel relatief weinig problemen in de partnerrelatie. Bovendien is steeds uitgegaan van de relatieve aanwezigheid van problemen in de partnerrelatie. In absolute zin zijn dergelijke problemen niet in de overwegingen betrokken. Gezien de bevindingen is het aan te raden om bij vervolgonderzoek het al dan niet inschakelen van partners in de behandeling beter onder controle te houden dan in het huidige onderzoek is gebeurd.

Al met al lijkt het (nog steeds) te vroeg om te concluderen dat paniekstoornis met agorafobie en de kwaliteit van de partnerrelatie niets met elkaar van doen hebben. Het huidige onderzoek lijkt enige steun te bieden aan een tegenovergestelde mening. Nader onderzoek is daarom gewenst. Het lijkt vooral interessant om te onderzoeken of binnen de agorafobische populatie wellicht een subgroep bestaat, bij wie een relatief slechte partnerrelatie een relatief geringe vooruitgang op agorafobie voorspelt bij een zuiver klachtgerichte behandeling. Eerder vond Jansson in een dergelijk onderzoek dat het voorspellend vermogen van de kwaliteit van de partnerrelatie 'zwak' was in deze (Jansson et al., 1987).

### **Consequenties voor de behandeling**

Wanneer in het huidige onderzoek wordt vastgesteld dat de aanwezigheid van veel agorafobische klachten dikwijls samengaat met relatief veel depressiviteit, en dat agorafobie een substantiële samenhang vertoont met problemen in de partnerrelatie, en wanneer die bevindingen in hun algemeenheid bovendien niet heel erg uiteenlopen met bevindingen die elders zijn gerapporteerd, lijkt het verdedigbaar te zijn om deze factoren alvast te betrekken in diagnostiek en behandeling van agorafobische problematiek. Dat geldt temeer omdat de effecten van gevestigde behandelmethodes als (PM+)EV zeker niet optimaal zijn. Zolang dat

niet het geval is, kan de behandelaar zich tot op zekere hoogte vrij voelen om ook elementen in de behandeling op te nemen waarvan de meerwaarde nog niet onomstotelijk is aangetoond. Nader onderzoek zal dan moeten uitmaken of dit inderdaad zinvol is geweest.

De huidige bevindingen suggereren alvast dat het zinvol kan zijn agorafobische patiënten die óók depressief zijn, eerst voor hun depressie te behandelen. De huidige bevindingen suggereren bovendien om in ieder geval oog te hebben voor de partnerrelatie van agorafobische patiënten met een relatief slechte partnerrelatie. Doelbewuste beïnvloeding van die partnerrelatie is wellicht bevorderlijk voor het welslagen van de behandeling van agorafobie.

## 8.7 Samenvatting

De samenhang is onderzocht tussen het beloop van agorafobie en dat van comorbiditeit. Comorbiditeit is daarbij beperkt tot depressiviteit, problemen in de partnerrelatie en sociale angst. Nadat dropouts waren uitgesloten, is van alle beschikbare 'paren' uitkomstvariabelen en indicatoren voor comorbiditeit op M1 en M3 de PMCC berekend. Vervolgens is telkens nagegaan of de grootte van de samenhang substantieel was en of tijdens het beloop van de therapie in het oog springende veranderingen optraden in de samenhang. Hierbij is gedifferentieerd naar behandelconditie. Aan het slot zijn in de discussie enkele consequenties van de bevindingen besproken voor verder onderzoek en behandeling.

Agorafobie en depressiviteit bleken al vanaf het begin een vrij hechte samenhang te hebben. Deze veranderde niet erg tijdens de therapie. Het verschil tussen PM+EV en EV leek niet erg groot te zijn.

Ook tussen agorafobie en problemen in de partnerrelatie bleek een zekere samenhang te bestaan aan het begin van de therapie en aan het eind. Steeds ging een relatief slechte partnerrelatie samen met relatief veel agorafobie. In EV bestond bovendien enige samenhang tussen de partnerrelatie aan het begin en agorafobie aan het eind en, omgekeerd, tussen agorafobie aan het begin en de partnerrelatie aan het eind van de therapie.

Tussen agorafobie en sociale angst werd weinig substantiële samenhang gevonden.



# HOOFDSTUK 9. SAMENHANG TUSSEN HET BELOOP VAN AGORAFOBIE EN DAT VAN DE KWALITEIT VAN DE THERAPEUTISCHE RELATIE

## 9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt gerapporteerd over de bevindingen bij het onderzoek naar de tweede descriptief/exploratieve vraagstelling van deze studie: de samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van de kwaliteit van de therapeutische relatie. Het gehele onderzoek heeft in het teken gestaan van mogelijke verschillen in behandel-effecten tussen PM+EV en EV. Ook bij het onderzoek naar samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van de kwaliteit van de therapeutische relatie is uitgegaan van de afzonderlijke behandelcondities. Omdat het gaat om een vraagstelling van descriptief/exploratieve aard, is echter niet getoetst op statistische significantie voor mogelijke verschillen.

Vanaf de aanvang is de gedragstherapie altijd sterk gericht geweest op het rechtstreeks beïnvloeden van klachten. Probleem-analyses en interventies zijn altijd beschouwd als de voornaamste voorwaarden om verandering tot stand te brengen. De kwaliteit van de therapeutische relatie werd geacht hieraan ondergeschikt te zijn (Sweet, 1984).

Hoewel deze mening nog steeds overheerst binnen het gedragstherapeutische referentiekader, neemt ook daar de belangstelling toe voor de kwaliteit van de interactie tussen therapeut en patiënt (zie: 3.7).

Kwaliteit van de therapeutische relatie kan op diverse momenten, op diverse manieren en door diverse personen worden vastgesteld, op voorwaarde dat er voldoende tijd is geweest om een therapeutische relatie tot ontwikkeling te laten komen. In het huidige onderzoek is de kwaliteit van de therapeutische relatie op twee momenten bepaald: korte tijd (drie therapiezittingen) na de start van de behandeling (M2) en aan het eind van de therapie, na elf zittingen (M3). Beide keren moesten zowel de patiënt als de therapeut aangeven hoe zij de opstelling van de therapeut ten opzichte van de patiënt beoordeelden.

## 9.2 Statistische analyse

De vraag of het beloop van agorafobie samenhangt met het beloop van de kwaliteit van de therapeutische relatie is onderzocht door eerst een correlatiematrix te maken van alle relevante variabelen. De Pearson productmoment-correlatie coëfficiënt (PMCC) is gebruikt als correlatiemethode. Omdat de vraagstelling betrekking had op het beloop gedurende de behandeling, is alleen uitgegaan van de 'complete cases' strategie. Nadat de dropouts uit de gegevens waren verwijderd, is van de overgebleven gegevens telkens de PMCC berekend tussen agorafobie en de kwaliteit van de therapeutische relatie. De kwaliteit van de therapeutische relatie werd voor het eerst vastgesteld tijdens M2, omdat deze variabele pas dan op een enigszins zinvolle wijze kon worden bepaald. De beginscores op het criterium waren al gemeten tijdens M1. Vervolgens werd M1 met M2 gecorreleerd, M3 met M3, M2 met M3 en M3 met M2. Op deze manier konden veranderingen worden vastgesteld tussen de mate van samenhang aan het begin van de therapie en die aan het eind. Bovendien kon zo worden nagegaan of er samenhang bestond tussen de beginmeting van de ene variabele en de eindmeting van de andere. Bij de berekeningen is onderscheiden naar behandelconditie. Agorafobie is telkens geoperationaliseerd door alle in het onderzoek gebruikte uitkomstvariabelen in ogenschouw te nemen. 'Feitelijk agorafobisch gedrag' werd dus gemeten op de drie onderdelen van de Gedragstest ('lopen', 'supermarkt' en 'openbaar vervoer'); 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' op de MI-alleen en de MI-samen; 'agorafobische cognities' op de ACV; terwijl, tenslotte, 'gepercipieerde hyperventilatie' werd bepaald aan de hand van de NHV. EPIN-P en EPIN-T waren steeds de operationalisaties van de kwaliteit van de therapeutische relatie. Hoge scores zijn gunstig op de Gedragstest ('lopen', 'supermarkt' en 'openbaar vervoer'), op de EPIN-T en op de EPIN-P. Lage scores zijn gunstig op de MI-alleen, de MI-samen, de ACV, en de NHV (zie: 5.5).

Vervolgens zijn van alle correlaties de 95%-betrouwbaarheidsintervallen berekend. Deze zijn terug te vinden in bijlage 5. Betrouwbaarheidsintervallen bieden inzicht in de precisie van de gevonden correlaties. Hoe smaller het betrouwbaarheidsinterval, des te meer zegt de gevonden correlatiecoëfficiënt over de 'werkelijke mate van samenhang' in de populatie. Wanneer de waarde 0.00 niet door het betrouwbaarheidsinterval wordt omsloten, is er sprake van een samenhang, die significant is op 0.05 niveau.

Hieronder wordt eerst de samenhang tussen het oordeel over de therapeutische relatie van de patiënt en dat van de therapeut voor beide

behandelcondities belicht. Daarna wordt ingegaan op het eigenlijke onderwerp van dit hoofdstuk: de samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van de kwaliteit van de therapeutische relatie. Telkens wordt zowel de grootte van de samenhang besproken als de in het oog springende veranderingen in samenhang tijdens het beloop van de therapie. Correlaties welke in enige mate substantieel lijken te zijn, worden **vet** weergegeven. Vrij willekeurig is daarbij de grens gehanteerd van correlaties groter dan, of gelijk aan  $\pm 0.40$ . Opnieuw vrij willekeurig, worden veranderingen in correlaties welke groter zijn dan, of gelijk zijn aan 0.25 als 'in het oog springend' beschouwd.

## 9.3 Samenhang tussen het beloop van het oordeel van patiënt en van therapeut over kwaliteit van de therapeutische relatie in PM+EV

Eerst wordt nagegaan hoe het oordeel van therapeuten over de kwaliteit van de therapeutische relatie en dat van patiënten met elkaar samenhangen. In tabel 9.1 wordt de correlatiematrix voor PM+EV gepresenteerd. Er moet nu al op worden gewezen dat de betrouwbaarheidsintervallen (zie: bijlage 5) betrekkelijk breed zijn. Bij de interpretatie van de gevonden samenhang moet dus de nodige voorzichtigheid in acht worden genomen.

**Tabel 9.1: Samenhang oordeel therapeutische relatie; PM+EV (n=36)**

therapeutische relatie; oordeel therapeut	therapeutische relatie; oordeel patiënt	
	M2	M3
	EPIN-P	EPIN-P
M2		
EPIN-T	.12	.26
M3		
EPIN-T	.17	.44
M2 = tussenmeting		
M3 = eindmeting		

Het is duidelijk dat het oordeel van de patiënt over de kwaliteit van de therapeutische relatie slechts aan het eind van de behandeling enige samenhang vertoont met dat van de therapeut. Heel groot is die samenhang niet: slechts ongeveer 20% van de variantie wordt erdoor verklaard. Waar veel patiënten de therapeutische relatie gunstig inschatten doen veel therapeuten dat veel minder en/of andersom.

De enige belangrijke verandering in de mate van samenhang treedt op tussen de beide beginmetingen en de beide eindmetingen. Daar is de verandering groter dan 0.25. Blijkbaar ontstaat gedurende het beloop van de therapie meer samenhang tussen het oordeel van patiënten en dat van therapeuten over de kwaliteit van de therapeutische relatie.

## 9.4 Samenhang tussen het beloop van het oordeel van patiënt en van therapeut over kwaliteit van de therapeutische relatie in EV

In tabel 9.2 wordt de correlatiematrix voor EV gepresenteerd. Er moet nu al op worden gewezen dat de betrouwbaarheidsintervallen (zie: bijlage 5) betrekkelijk breed zijn. Bij de interpretatie van de gevonden samenhang moet dus de nodige voorzichtigheid in acht worden genomen.

**Tabel 9.2: Samenhang oordeel therapeutische relatie; EV (n=26)**

therapeutische relatie; oordeel therapeut	therapeutische relatie; oordeel patient	
	M2	M3
	EPIN-P	EPIN-P
M2		
EPIN-T	.04	-.03
M3		
EPIN-T	.19	.42
M2 = tussenmeting		
M3 = eindmeting		

Ook voor EV geldt dat slechts aan het eind van de therapie een redelijke samenhang bestaat tussen het oordeel van patiënten en dat van



therapeuten over de kwaliteit van de therapeutische relatie. Opnieuw is de grootte van de samenhang niet meer dan matig. Ook in EV blijken therapeuten de kwaliteit van de therapeutische relatie dus geheel anders te beoordelen dan patiënten.

Gedurende de behandeling veranderen de visies op de kwaliteit van de relatie echter, waarbij de samenhang tussen de oordelen toeneemt. In dit opzicht lijkt er geen enkel verschil te bestaan tussen PM+EV en EV.

## 9.5 Samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van kwaliteit van de therapeutische relatie in PM+EV

In tabel 9.3 wordt de correlatiematrix voor PM+EV gepresenteerd. Er moet nu al op worden gewezen dat de betrouwbaarheidsintervallen (zie: bijlage 5) betrekkelijk breed zijn. Bij de interpretatie van de gevonden samenhang moet dus de nodige voorzichtigheid in acht worden genomen.

### 9.5.1 *Grootte van samenhang*

De grootte van de samenhang tussen agorafobie op M1 en de kwaliteit van de therapeutische relatie op M2 wordt eerst in ogenschouw genomen. Daarna volgt de grootte van de samenhang tussen beide variabelen op M3, vervolgens die tussen agorafobie op M1 en de kwaliteit van de therapeutische relatie op M3 en tenslotte de grootte van de samenhang tussen agorafobie op M3 en de kwaliteit van de therapeutische relatie op M2.

### **Samenhang tussen agorafobie op M1 en kwaliteit van de therapeutische relatie op M2**

Noch tussen de mening van de patiënt over de kwaliteit van de therapeutische relatie zoals deze in de eerste behandel fase werd ervaren en agorafobie aan het begin van de therapie, noch tussen de mening van de therapeut over de therapeutische relatie in deze therapiefase en agorafobie aan het begin, bestaat enige substantiële samenhang.

Het lijkt er dus niet op dat therapeuten een voorkeur hebben voor meer, of juist voor minder gehandicapte fobici. Omgekeerd lijken ook fobici met relatief veel agorafobische klachten de therapeutische relatie in deze fase van de therapie niet consequent als relatief positief dan wel negatief in te schatten.

**Tabel 9.3: Samenhang beloop agorafobie-therapeutische relatie; PM+EV (n=36)**

agorafobie	therapeutische relatie			
	M2		M3	
	EPIN-P	EPIN-T	EPIN-P	EPIN-T
M1				
- Lopen	-.33	.08	.23	.19
- Supermarkt	-.16	.08	-.13	.03
- Openb.vv.	.10	.15	.09	.01
- MI-alleen	.15	-.26	-.25	-.31
- MI-samen	-.13	-.27	-.23	-.27
- ACV	-.01	.02	.05	.18
- NHV	-.02	.04	-.05	.04
M3				
- Lopen	-.28	.15	.07	.19
- Supermarkt	-.02	.17	.06	.18
- Openb.vv.	-.26	-.02	.21	.07
- MI-alleen	.20	-.44	-.38	-.56
- MI-samen	.07	-.39	-.32	-.46
- ACV	.16	-.27	-.44	-.36
- NHV	.21	-.33	-.41	-.53

M1 = voormeting

M2 = tussenmeting

M3 = eindmeting

### **Samenhang tussen agorafobie op M3 en kwaliteit van de therapeutische relatie op M3**

Aan het eind van de therapie lijkt er wel enige samenhang te bestaan tussen agorafobie enerzijds en zowel het oordeel van de patiënt over de kwaliteit van de therapeutische relatie, als het oordeel van de therapeut hierover anderzijds.

Voor het oordeel van patiënten bestaat er een substantiële samenhang met de uitkomstvariabelen 'agorafobische cognities' en 'gepercipieerde hyperventilatie'. Voor het oordeel van therapeuten is er een substantiële samenhang op de uitkomstvariabelen 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' en 'gepercipieerde hyperventilatie'. In alle gevallen gaat relatief weinig agorafobie samen met een relatief goede therapeutische relatie en andersom.

Deze samenhang is opvallend afwezig op de uitkomstvariabele 'feitelijk agorafobisch gedrag'.

### **Samenhang tussen agorafobie op M1 en kwaliteit van de therapeutische relatie op M3**

Noch voor patiënten, noch voor therapeuten bestaat er een substantiële samenhang tussen agorafobie aan het begin van de behandeling en hun oordeel over de kwaliteit van de therapeutische relatie aan het eind van de therapie.

### **Samenhang tussen agorafobie op M3 en kwaliteit van de therapeutische relatie op M2**

Er bestaat geen substantiële samenhang tussen het oordeel van patiënten over de therapeutische relatie aan het begin van de therapie en agorafobie aan het eind.

Voor therapeuten ligt dat iets anders. Er lijkt bij hen wel enige samenhang te bestaan. Op de uitkomstvariabele 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' (alleen-situaties) is deze samenhang substantieel. Een relatief goede therapeutische relatie in het begin gaat samen met relatief weinig agorafobie aan het eind van de therapie.

Enigszins opvallend is de discrepantie die lijkt te bestaan in de samenhang welke geldt voor het oordeel van patiënten ten opzichte van dat van de therapeuten. Waar een relatief gunstig oordeel van patiënten over de kwaliteit van de therapeutische relatie aan het begin van de therapie enigszins tendeert naar samenhang met relatief veel agorafobie aan het eind van de behandeling, is dat bij therapeuten (in iets hogere mate) precies andersom. Zij achten in het begin van de therapie de therapeutische relatie relatief beter met patiënten die bij afsluiting naar verhouding minder agorafobie hebben.

#### *9.5.2 Veranderingen in de grootte van samenhang tussen M1;M2 en M3*

Er is uitsluitend nagegaan of de grootte van samenhang welke aan het begin van de therapie tussen beide variabelen werd gevonden, in een in het oog springende mate lijkt te verschillen van die van de samenhang aan het einde van de behandeling.

De grootte van samenhang tussen agorafobie en de kwaliteit van de therapeutische relatie zoals de patiënt deze ervaart neemt aan het eind van de therapie toe. Relatief weinig agorafobie op de uitkomstvariabelen 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' (alleen situaties), 'agorafobische cognities' en 'gepercipieerde hyperventilatie' gaat aan het eind van de therapie opvallend veel meer samen met een relatief goede therapeutische relatie, dan bij aanvang van de behandeling. Bovendien is de geringe samenhang welke aan het begin van de therapie bestond tussen relatief weinig agorafobie op 'feitelijk agorafobisch gedrag' ('lopen') en een

relatief slechte therapeutische relatie, aan het eind van de behandeling verdwenen.

Ook voor therapeuten neemt de samenhang aan het einde van de therapie toe. Op de uitkomstvariabelen 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' (alleen-situaties), 'agorafobische cognities' en 'gepercipieerde hyperventilatie' springt de verandering in het oog. Telkens is er een toename in samenhang tussen relatief weinig agorafobie en een als relatief goed beoordeelde therapeutische relatie.

## 9.6 Samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van kwaliteit van de therapeutische relatie in EV

In tabel 9.4 wordt de correlatiematrix voor EV gepresenteerd. Er moet nu al op worden gewezen dat de betrouwbaarheidsintervallen (zie: bijlage 5) betrekkelijk breed zijn. Bij de interpretatie van de gevonden samenhang moet dus de nodige voorzichtigheid in acht worden genomen.

### 9.6.1 *Grootte van samenhang*

De grootte van de samenhang tussen agorafobie op M1 en de kwaliteit van de therapeutische relatie op M2 wordt eerst in ogenschouw genomen. Daarna volgt de grootte van de samenhang tussen beide variabelen op M3, vervolgens die tussen agorafobie op M1 en kwaliteit van de therapeutische relatie op M3 en tenslotte de grootte van de samenhang tussen agorafobie op M3 en kwaliteit van de therapeutische relatie op M2. Hierbij wordt telkens een vergelijking gemaakt met de bevindingen bij PM+EV.

**Tabel 9.4: Samenhang beloop agorafobie-therapeutische relatie; EV (n=26)**

agorafobie	therapeutische relatie			
	M2		M3	
	EPIN-P	EPIN-T	EPIN-P	EPIN-T
<b>M1</b>				
- Lopen	16	.24	31	32
- Supermarkt	37	11	- 13	- 03
- Openb vv	17	09	04	- 16
- MI-alleen	- 35	- 37	- 18	- 20
- MI-samen	- 19	<b>-.42</b>	- 27	<b>-.46</b>
- ACV	- 23	- 03	.24	27
- NHV	- 35	- 22	00	- 02
<b>M3</b>				
- Lopen	- 02	21	- 03	34
- Supermarkt	30	04	14	06
- Openb vv	- 03	.08	03	07
- MI-alleen	- 17	<b>-.40</b>	- 10	- 16
- MI-samen	- 18	<b>-.53</b>	- 24	<b>-.44</b>
- ACV	- 08	<b>-.40</b>	14	- 07
- NHV	- 31	- 25	- 25	- 28
M1 = voormeting				
M2 = tussenmeting				
M3 = eindmeting				

### **Samenhang tussen agorafobie op M1 en kwaliteit van de therapeutische relatie op M2**

Naar het oordeel van patiënten lijkt de kwaliteit van de therapeutische relatie in het begin van de therapie enigszins samen te hangen met de mate van agorafobie. Relatief weinig agorafobie gaat samen met een relatief goede therapeutische relatie. Op geen enkele uitkomstvariabele is de samenhang echter substantieel.

Voor therapeuten geldt ongeveer hetzelfde, al is de samenhang hier op één uitkomstvariabele ('gepercipieerd agorafobisch gedrag' samen-situaties) wel substantieel.

De samenhang tussen beide variabelen in de beginfase van de behandeling lijkt voor EV iets sterker te zijn dan voor PM+EV het geval was.

### **Samenhang tussen agorafobie en kwaliteit van de therapeutische relatie, beide op M3**

Voor patiënten bestaat er geen enkele substantiële samenhang aan het eind van de therapie tussen agorafobie en de kwaliteit van de therapeutische relatie.

Voor therapeuten geldt, op één uitzondering na, hetzelfde. Op de uitkomstvariabele 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' (samen-situaties) gaat relatief weinig agorafobie substantieel samen met een relatief goede therapeutische relatie. Op vrijwel alle andere uitkomstvariabelen is samenhang praktisch afwezig.

Dit is een opvallend verschil met PM+EV, waar aan het eind van de therapie juist een vrij sterke samenhang leek te bestaan tussen agorafobie en de kwaliteit van de therapeutische relatie.

### **Samenhang tussen agorafobie op M1 en kwaliteit van de therapeutische relatie op M3**

Voor patiënten bestaat er geen substantiële samenhang tussen de mate van agorafobie aan het begin van de therapie en hun oordeel over de kwaliteit van de therapeutische relatie aan het eind.

Voor therapeuten is dat alleen het geval voor de uitkomstvariabele 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' (samen-situaties). Daar bestaat een substantiële samenhang tussen relatief weinig agorafobie aan het begin van de therapie en een relatief goede therapeutische relatie aan het eind.

Deze situatie lijkt niet wezenlijk te verschillen van die bij PM+EV.

### **Samenhang tussen agorafobie op M3 en kwaliteit van de therapeutische relatie op M2**

Er lijkt nauwelijks enige samenhang te bestaan tussen het oordeel van patiënten over de kwaliteit van de therapeutische relatie aan het begin van de therapie en de mate van agorafobie aan het einde van de behandeling.

Voor therapeuten is dat wel het geval. Op de uitkomstvariabelen 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' en 'agorafobische cognities' is de samenhang substantieel. Een relatief goede therapeutische relatie aan het begin gaat samen met relatief weinig agorafobie aan het eind.

Deze situatie is in grote lijnen vergelijkbaar met die in PM+EV. Wel valt het op dat de zeer lichte tendens in PM+EV, waarin patiënten met relatief veel agorafobie aan het eind van de therapie de therapeutische

relatie in de beginfase als relatief positief ervaren, in EV niet is terug te vinden.

*9.6.2 Veranderingen in de grootte van samenhang tussen M1;M2 en M3*  
Er is uitsluitend nagegaan of de grootte van samenhang welke aan het begin van de therapie tussen beide variabelen werd gevonden, in een in het oog springende mate lijkt te verschillen van die van de samenhang aan het einde van de behandeling.

De grootte van de samenhang tussen agorafobie en de kwaliteit van de therapeutische relatie zoals de patiënt deze ervaart lijkt aan het eind van de therapie enigszins af te nemen. Op de uitkomstvariabelen 'gepercipieerd agorafobisch gedrag' (alleen-situaties) en 'agorafobische cognities' springt die afname in het oog. Voor zover aan het begin van de therapie nog enige samenhang bestond, is die aan het einde van de therapie geheel verdwenen.

Voor therapeuten is de samenhang tussen agorafobie en de kwaliteit van de therapeutische relatie aan het einde van de therapie vrijwel onveranderd.

Deze situatie lijkt te verschillen van die in PM+EV, waar aan het einde van de therapie juist een toename was van de samenhang tussen agorafobie en kwaliteit van de therapeutische relatie.

## 9.7 Conclusies

Uit de hierboven gepresenteerde bevindingen kan een aantal conclusies worden getrokken welke van belang kunnen zijn voor de behandeling van, en verder onderzoek naar patiënten met paniekstoornis met agorafobie:

- Over het algemeen lijkt er een zekere samenhang te bestaan tussen agorafobie en de kwaliteit van de therapeutische relatie. De associatie is (met name in PM+EV) aan het eind van de therapie substantiëler dan in het begin. De correlaties zijn in de meeste gevallen echter niet erg hoog en wisselen bovendien per uitkomstvariabele. Met name op de uitkomstvariabele 'feitelijk agorafobisch gedrag' wordt geen enkele substantiële samenhang gevonden. Voor zover er samenhang is, gaat het doorgaans om een associatie tussen relatief weinig agorafobie en een relatief goede therapeutische relatie.

Hierbij moet de vraag worden gesteld of een kwalitatief goede therapeutische relatie niet de weerspiegeling is van een gunstige ontwikkeling in

het beloop van de agorafobische klachten. Met andere woorden, zijn genezen patiënten niet gewoon blij met hun therapeut en zijn therapeuten niet gewoon blij met patiënten die genezen?

Deze vraag moet nader worden onderzocht. In de discussie wordt er alvast op ingegaan.

- Patiënten beoordelen de kwaliteit van de therapeutische relatie geheel anders dan therapeuten dat doen. Pas aan het eind van de therapie kan worden gesproken van enige samenhang tussen beide oordelen. Ook dan is de grootte van die samenhang echter niet meer dan matig.

Het lijkt zinvol om de verschillende opvattingen over de aard van een kwalitatief goede therapeutische relatie in gedragstherapie nader te onderzoeken. Ook dit aspect komt in de discussie aan de orde.

- In PM+EV is de samenhang tussen agorafobie en de kwaliteit van de therapeutische relatie groter aan het einde van de behandeling, dan bij het begin. Dit geldt in ongeveer gelijke mate voor zowel het oordeel van patiënten als voor dat van therapeuten. In EV ligt dit patroon iets anders. De samenhang tussen agorafobie en de kwaliteit van de therapeutische relatie is, voor het oordeel van therapeuten, aan het eind ongeveer gelijk aan dat bij het begin van de therapie. Voor het oordeel van patiënten is deze samenhang aan het einde van de therapie enigszins afgenomen.

Waar dit verschil uit voortkomt moet nader worden onderzocht.

Eén mogelijke verklaring is, dat PM+EV meer mogelijkheden biedt om schakeringen aan te brengen in de aard van de therapeutische relatie, waardoor deze beter op de behoeftes van de individuele patiënt kan worden afgestemd. Ook op dit aspect wordt in de discussie teruggekomen.

- Therapeuten in PM+EV ervaren al in de beginfase van de therapie een relatief positieve therapeutische relatie met patiënten die aan het eind van de behandeling relatief weinig agorafobische problemen hebben. Aan het eind van de therapie, wanneer ook daadwerkelijk is gebleken dat deze patiënten relatief weinig last hebben van agorafobische klachten, lijkt deze positieve band nog enigszins te zijn versterkt. Ook therapeuten in EV ervaren al in het begin van de behandeling een relatief positieve band met patiënten die aan het eind van de behandeling relatief het minst agorafobisch blijken te zijn. Aan het eind van de therapie daarentegen, wanneer deze patiënten ook daadwerkelijk relatief weinig last blijken te hebben van agorafobie,



lijkt het gunstige oordeel van therapeuten over hun relatie met deze patiënten enigszins te zijn verminderd.

Voor patiënten ligt het weer iets anders. Voor patiënten in PM+EV ontstaat de samenhang tussen relatief weinig agorafobie en een relatief goede therapeutische relatie pas wanneer beide variabelen aan het eind van de behandeling worden gemeten. Voor patiënten in EV bestaat er op er geen enkel moment gedurende de behandeling een substantiële samenhang tussen agorafobie en kwaliteit van de therapeutische relatie.

Dit zou kunnen betekenen dat, althans in PM+EV, het oordeel van patiënten over de kwaliteit van de therapeutische relatie in belangrijke mate wordt bepaald door het effect van de behandeling op agorafobie, terwijl dit voor therapeuten in de twee behandelcondities minder het geval is. Therapeuten ervaren immers al in de beginfase van de therapie een positieve band met patiënten die bij aanvang nog niet worden gekenmerkt door het feit dat zij relatief weinig agorafobisch zijn, terwijl dit bij afsluiting wel het geval is. Ook op dit aspect wordt in de discussie verder ingegaan.

## 9.8 Discussie

Allereerst moet worden opgemerkt dat de resultaten bescheiden zijn. De hoogst gevonden correlatie was 0.56. Daarmee wordt ruim 30% van de variantie verklaard, en dus een kleine 70% niet. Bovendien waren de betrouwbaarheidsintervallen tamelijk breed en verschilde de grootte van samenhang nogal per uitkomstvariabele. Dat 'feitelijk agorafobisch gedrag' weinig samenhang vertoonde met de kwaliteit van de therapeutische relatie wekt, na de bevindingen met deze uitkomstvariabele in hoofdstukken 7 en 8 en de mogelijke verklaringen die hiervoor zijn gegeven in 7.6.2 en 8.6.1, geen verbazing meer. Verder geldt wat in 8.6 werd gezegd over de betekenis die mag worden gehecht aan correlaties vanzelfsprekend ook hier: op grond van samenhang mogen niet zonder meer conclusies worden getrokken met betrekking tot causaliteit.

Dit opgemerkt hebbende, vallen in de resultaten drie zaken op. Allereerst lijkt er een zekere samenhang te bestaan tussen agorafobie en de kwaliteit van de therapeutische relatie. Ten tweede valt op dat er een zekere tendens is waarbij therapeuten al snel een positieve band ervaren met die patiënten die aan het eind van de therapie relatief weinig agorafobie blijken te hebben. Het derde wat opvalt, betreft het verschil dat in enige mate lijkt te bestaan tussen PM+EV en EV. Op alle drie aspecten wordt hieronder ingegaan. Daarbij worden vergelij-

kingen getrokken met ander onderzoek en worden consequenties besproken voor nader onderzoek. Mogelijke consequenties voor de behandeling worden in een aparte paragraaf kort aangegeven.

### *9.8.1 Over de grootte van samenhang*

Er werd een zekere positieve samenhang gevonden tussen agorafobie en therapeutische relatie. Een relatief goede therapeutische relatie hing samen met relatief weinig agorafobie aan het einde van de behandeling. Dit is geen ongebruikelijke bevinding bij de gedragstherapeutische behandeling van angststoornissen, wanneer de kwaliteit van de therapeutische relatie wordt gemeten aan de hand van de EPIN (Hoogduin et al., 1989; Keijsers et al., 1991). Het is ook niet ongebruikelijk dat de grootte van deze samenhang matig is (Keijsers, 1993).

De grootte van de gevonden samenhang kan zijn beïnvloed door het gebruikte meetinstrument. Er moet worden bedacht dat aan het gebruik van de EPIN als operationalisatie voor de therapeutische relatie een aantal bezwaren kleeft. De EPIN is een lastig in te vullen lijst. De meeste vragen zijn moeizaam geformuleerd. Men kan zich afvragen of zij met name door patiënten altijd zijn begrepen. Wellicht speelt ook nog iets anders mee. Hoewel de EPIN ook voor het bepalen van de kwaliteit van de gedragstherapeutische relatie dikwijls als een geschikt instrument is beschouwd (de Beurs et al., 1990; Schaap et al., 1993), betekent dit niet zonder meer dat de aspecten welke met de EPIN worden gemeten (empathie, positieve gezindheid, incongruentie en negatieve gezindheid) als de meest essentiële kenmerken van een goede therapeutische relatie in gedragstherapieën moeten worden beschouwd. Destijds is voor de EPIN als maat voor de kwaliteit van de therapeutische relatie gekozen, omdat deze lijst en de Barret-Lennard Relationship Inventory (RI: Barrett-Lennard, 1962; Lietear, 1976), waarvan de EPIN is afgeleid, dikwijls zijn gebruikt bij onderzoek in Nederland (Emmelkamp & van der Hout, 1983; Hoogduin et al., 1989; Keijsers et al., 1991). Bovendien lijkt een mogelijk alternatief als de 'Therapist Client Rating Scale' (TCRS: Bennun et al., 1986), die eenvoudiger is in te vullen en die meer is toegesneden op de gedrags-therapeutische relatie, ook niet vrij te zijn van problemen (Blaauw & Emmelkamp, 1991; Keijsers et al., 1992).

Dit alles pleit slechts voor verder onderzoek naar valide, betrouwbare en sensitieve instrumenten om de kwaliteit van de gedragstherapeutische relatie op een hanteerbare wijze vast te stellen.

### 9.8.2 *Over de aard van de associatie*

Kan de gevonden samenhang niet een voor de hand liggende consequentie zijn van het beloop van agorafobie tijdens de therapie, in die zin dat patiënten en therapeuten van geslaagde behandelingen relatief tevreden zijn over de kwaliteit van de therapeutische relatie, terwijl zij relatief ontevreden zijn over deze relatie in niet geslaagde therapieën?

Het is eerder gezegd: deze vraag kan niet definitief worden beantwoord op grond van correlatie. Het patroon van de samenhang is echter wel enigszins suggestief voor een veronderstelling, die nader kan worden onderzocht. Deze veronderstelling heeft allereerst betrekking op het oordeel van therapeuten over de kwaliteit van de therapeutische relatie. Het valt op dat therapeuten al bij aanvang een positieve relatie ervaren met patiënten die aan het einde van de therapie het minst agorafobisch zijn. Er bestaat echter veel minder samenhang tussen een goede therapeutische relatie aan het begin en weinig agorafobie aan het begin. Bovendien lijkt er, zoals blijkt uit de 'complete cases' analyses van hoofdstuk 7, niet erg veel verbetering in agorafobie op te treden gedurende de eerste therapiefase. Het is dus niet waarschijnlijk dat de relatief goede therapeutische relatie tijdens de tussenmeting door verbetering in agorafobie wordt veroorzaakt.

Twee andere verklaringen liggen meer voor de hand. Eén mogelijkheid is dat een goede therapeutische relatie vanaf de aanvang van de therapie bijdraagt aan het positieve resultaat van de behandeling van agorafobie. De andere mogelijkheid is dat therapeuten op één of andere manier al meteen 'weten' welke patiënten gedurende de therapie het meest zullen verbeteren op agorafobie. Juist voor deze patiënten zouden zij vervolgens het meeste sympathie gaan koesteren. Al mag deze tweede verklaring niet bij voorbaat worden uitgesloten, de eerste mogelijkheid lijkt voornamelijk het meest waarschijnlijk.

Dat het oordeel van therapeuten over de kwaliteit van de therapeutische relatie een weerspiegeling zou zijn van het beloop van agorafobie, ligt dus niet helemaal voor de hand.

Voor het oordeel van patiënten over de kwaliteit van de therapeutische relatie gaat deze redenering niet op. Pas aan het einde van de behandeling ontstaat immers een zekere samenhang tussen weinig agorafobie en een, in de ogen van de patiënt, goede therapeutische relatie. Dat dit oordeel een weerspiegeling is van het resultaat van de behandeling op agorafobie kan op grond van het patroon van samenhang dus zeker niet worden uitgesloten en ligt zelfs enigszins voor de hand.

Nader onderzoek naar de mogelijke causale rol van de kwaliteit van de therapeutische relatie ten aanzien van het reduceren van agorafobie, is

gewenst. Waarschijnlijk moet daarbij een onderscheid worden gemaakt tussen het kwaliteitsoordeel van patiënten en dat van therapeuten.

### *9.8.3 Over het verschil tussen PM+EV en EV*

Er lijkt enig verschil te bestaan tussen het beloop van de samenhang in PM+EV en dat in EV. De samenhang tussen agorafobie en kwaliteit van de therapeutische relatie lijkt aan het eind van de therapie in PM+EV enigszins substantieler te zijn dan aan het begin. Dat geldt voor zowel het oordeel van patiënten als voor dat van therapeuten. In EV lijkt eerder het omgekeerde het geval te zijn. Dat is met name zo voor het oordeel van patiënten. Gesteld dat het om een reeel bestaand verschil gaat tussen de twee behandelmethodes, hoe zou het dan hebben kunnen ontstaan? Het volgende zou aan de hand kunnen zijn.

In 9.8.2 is verondersteld dat reductie van agorafobie wellicht wordt bevorderd in therapieën waarin therapeuten de kwaliteit van de therapeutische relatie relatief hoog inschatten. In 9.8.2 werd bovendien verondersteld dat patiënten in PM+EV wellicht iets meer zijn geneigd om de kwaliteit van de therapeutische relatie zoals zij die hebben ervaren, in verband te brengen met mislukking of succes van de therapie. Een derde, nieuwe veronderstelling is, dat PM+EV wellicht meer mogelijkheden biedt om een goede therapeutische relatie te ontwikkelen. In PM+EV lijkt immers meer te 'gebeuren'. In de zitting worden meerdere oefeningen gedaan, de therapeut moet over meer zaken uitleg geven en er worden meer verschillende opdrachten gegeven.

Alles bij elkaar zou het er dus op kunnen neerkomen dat een goede therapeutische relatie, zoals de therapeut deze ervaart, vermindering van agorafobie bevordert. Dit zou tot uitdrukking komen in de relatief hoge samenhang tussen een goede therapeutische relatie (volgens therapeuten in beide behandelcondities) aan het begin en weinig agorafobie aan het eind van de behandeling. Omdat in PM+EV meer 'gebeurt' zouden patiënten in die behandelconditie eerder zijn geneigd om, aan het eind van de therapie, mislukking of succes toe te schrijven aan de behandeling. Dit zou tot uitdrukking komen in de relatief hoge samenhang tussen een goede therapeutische relatie (volgens patiënten in PM+EV) en weinig agorafobie, beide aan het einde van de therapie. Patiënten in EV zouden, nog steeds volgens deze veronderstelling, minder reden hebben mislukking of succes in verband te brengen met de 'kale' behandeling die zij hebben ondergaan. Deze reactie van patiënten in EV, tenslotte, zou kunnen verklaren waarom de samenhang tussen een volgens therapeuten goede therapeutische relatie en relatief weinig agorafobie aan het eind van de therapie in EV, anders dan in PM+EV enigszins lijkt te stagneren. Therapeuten zouden op hun beurt wat terughoudend reageren op de 'ondankbare' reactie van patiënten op hun therapie

Deze veronderstellingen pleiten ervoor om nader te onderzoeken welke factoren uitmaken of een therapeutische relatie in gedragstherapie 'goed' is. Evenals de veronderstellingen uit 9.8.2, pleiten zij bovendien voor nader onderzoek naar de causale rol die kwaliteit van de therapeutische relatie mogelijk speelt in het verminderen van agorafobie.

#### *9.8.4 Consequenties voor de behandeling*

Mogelijk verbetert een goede kwaliteit van de therapeutische relatie de effecten van een overigens klachtgerichte behandeling. Doelgerichte maatregelen om de kwaliteit van de therapeutische relatie te verhogen zijn in dat geval gewenst. Hoewel nog niet echt duidelijk is wat in gedragstherapie moet worden verstaan onder een goede therapeutische relatie, bestaan hierover wel allerlei ideeën. Deze zijn onder andere te vinden in Beck (Beck et al., 1990), G. Keijsers (G. Keijsers et al., 1990), L. Keijsers (L. Keijsers et al., 1990) en Korrelboom (Korrelboom & Kernkamp, in voorbereiding). In deze literatuur wordt dikwijls uitgegaan van de persoonlijkheidsstructuur van patiënten. De aard van de voorgestelde therapeutische interactie wordt vervolgens op deze persoonlijkheidsstructuur afgestemd. Kwaliteit van de therapeutische relatie wordt op die manier iets dat per therapie en per patiënt kan verschillen. In 10.6 wordt hierop teruggekomen.

## 9.9 Samenvatting

De samenhang is onderzocht tussen het beloop van agorafobie en dat van de kwaliteit van de therapeutische relatie. Er bleek een zekere samenhang tussen deze variabelen te bestaan. Deze was sterker in PM+EV dan in EV. Het oordeel van patiënten over de kwaliteit van de therapeutische relatie bleek aan het begin van de behandeling helemaal niet samen te hangen met dat van de therapeuten. Aan het eind was er sprake van een matige samenhang.

Over het algemeen ging een relatief goede therapeutische relatie samen met relatief weinig agorafobie. Therapeuten in zowel PM+EV als in EV meenden bovendien al in de beginfase van de therapie relatief de beste therapeutische relatie te hebben met patiënten die aan het eind van de behandeling relatief weinig agorafobische problemen hadden. In PM+EV leek deze samenhang nog enigszins te zijn toegenomen wanneer ook daadwerkelijk bleek dat het relatief goed ging met deze patiënten. In EV daarentegen was de samenhang aan het eind van de therapie enigszins verminderd.

De mogelijke consequenties van deze bevindingen voor verder onderzoek en therapie zijn besproken. Het ontwikkelen van voor gedragsthe-

rapie relevante meetinstrumenten om adequaat de kwaliteit te kunnen vaststellen van de therapeutische relatie en nader onderzoek naar de causale rol die de therapeutische relatie mogelijk speelt bij het reduceren van agorafobische klachten, waren de belangrijkste aanbevelingen met betrekking tot verdere research.

Hierop enigszins vooruitlopend, werd alvast aanbevolen om manieren te zoeken om de kwaliteit van de therapeutische relatie doelbewust te manipuleren. Daartoe werd naar de literatuur verwezen en naar het volgende hoofdstuk.

# HOOFDSTUK 10. TERUGBLIK EN EEN BLIK VOORUIT

## 10.1 Inleiding

De mogelijkheid is onderzocht om de resultaten van de gedragstherapeutische behandeling van paniekstoornis met agorafobie te verbeteren. Twee lijnen van onderzoek werden onderscheiden. In de ene lijn zoekt men naar de beste standaardbehandeling voor agorafobici in het algemeen. Men gaat daarbij uit van overeenkomsten tussen patiënten met de diagnose paniekstoornis met agorafobie. In de andere onderzoekslijn gaat men juist uit van de verschillen tussen deze patiënten. Men zoekt naar behandelmethodes die speciaal zijn toegesneden op agorafobische patiënten met specifieke, vroegtijdig te onderscheiden kenmerken. In het onderzoek waarover in deze dissertatie wordt gerapporteerd, is vooral de eerste lijn van onderzoek een leidraad geweest. Ervan uitgaande dat de effectiviteit van exposure in vivo onomstreden is bij de behandeling van agorafobici in het algemeen, werd nagegaan of de werkzaamheid van deze interventie kon worden verhoogd. Verhoging van effectiviteit werd gezocht in een aanvulling op exposure. Omdat vermijding bij de meeste agorafobici in eerste instantie de functie lijkt te hebben om paniekaanvallen te voorkómen dan wel om negatieve consequenties van een paniekaanval te reduceren, werd deze aanvulling gezocht in een training in paniekmanagement voorafgaande aan de behandeling met exposure in vivo. Er werd verondersteld dat patiënten hun toevlucht minder in vermijding zouden zoeken, wanneer zij eenmaal meer controle hadden verkregen over de voor hen zo beangstigende paniekaanvallen. Dit leidde tot de hoofdvraagstelling van dit onderzoek: heeft PM meerwaarde ten opzichte van EV?

Het onderzoek kende tevens twee vraagstellingen van descriptief/exploratief karakter. Hierin is ook de tweede onderzoekslijn waarover hierboven werd gesproken, in zekere zin terug te vinden. In beide descriptief/explorerende vragen ging het om de mogelijke samenhang tussen het beloop van agorafobie enerzijds, en dat van comorbiditeit en kwaliteit van de therapeutische relatie anderzijds. Een beter inzicht in (het beloop van) de samenhang tussen deze variabelen, zo werd verondersteld, zou aanleiding kunnen zijn om behandelmethodes op maat te ontwikkelen voor verschillende subgroepen binnen de agorafobische populatie.

In het vervolg van dit hoofdstuk wordt allereerst teruggeblikt op de bevindingen omtrent de vraagstellingen van het huidige onderzoek. De belangrijkste conclusies en aanbevelingen die daaruit zijn voortgekomen, worden samengevat. Vervolgens wordt vooruit gekeken. Er wordt een aantal suggesties gedaan met betrekking tot het onderzoek naar en de behandeling van agorafobie in de nabije toekomst. Het is vooral een pleidooi om meer individu-specifieke behandelprotocollen te ontwikkelen.

## 10.2 De belangrijkste bevindingen van het onderzoek

Het onderzoek heeft een aantal bevindingen opgeleverd die van belang kunnen zijn bij (verder onderzoek naar) de behandeling van paniekstoornis met agorafobie. Hieronder worden de belangrijkste resultaten genoemd.

### **PM heeft geen overtuigende meerwaarde ten opzichte van EV**

In het onderzoek werd weinig ondersteuning gevonden voor de onderzoekshypothese dat PM+EV effectiever zou zijn dan EV (hoofdstuk 7). Op de meeste uitkomstvariabelen werden geen belangrijke verschillen gevonden. Het maakte daarbij wel enigszins uit of de dropouts uit de berekeningen werden weggelaten ('complete cases' analyse) of dat zij werden meegeteld ('intention to treat' analyse). Terwijl in de 'complete-cases' analyse slechts één significant verschil tussen beide behandelmethodes werd gevonden, was dit bij toepassing van het 'intention to treat' principe op twee uitkomstvariabelen het geval. In alle drie gevallen bleek PM+EV significant beter te zijn dan EV. Verder waren er nog enkele tendensen die suggereerden dat PM+EV een zekere meerwaarde zou kunnen hebben ten opzichte van EV. Deze werden gevonden in de uitkomsten van het onderzoek naar de grootte van effecten. Zij kwamen duidelijker naar voren in de 'intention to treat' strategie dan in de 'complete cases' analyse.

Deze tendensen naar meerwaarde werden echter te gering geacht om op grond daarvan tot een definitieve meerwaarde van PM+EV te besluiten.

### **Er bestaat enige substantiële samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van comorbiditeit**

Er werd enige substantiële samenhang gevonden tussen het beloop van agorafobie en dat van comorbiditeit (hoofdstuk 8). Dat gold met name voor de samenhang met depressiviteit en voor die met problemen in de partnerrelatie. Tussen agorafobie en sociale angst werd geen duidelijke



samenhang gevonden. Anders dan depressiviteit en problemen in de partnerrelatie werd sociale angst alleen aan het begin van de therapie gemeten.

Al in het begin van de behandeling ging relatief veel depressiviteit samen met relatief veel agorafobie. Aan het einde van de therapie, leek deze samenhang verder te zijn toegenomen. Het beloop van de samenhang gedurende de therapie suggereerde dat depressiviteit meer bepalend was voor het beloop van agorafobie dan dat het omgekeerde het geval was. Er leek, wat deze samenhang betreft, geen wezenlijk verschil te bestaan tussen PM+EV en EV.

Er werd eveneens enige substantiële samenhang gevonden tussen het beloop van agorafobie en dat van problemen in de partnerrelatie. Ook hier bestond een positieve samenhang tussen agorafobie en comorbiditeit. Een relatief slechte partnerrelatie ging doorgaans samen met relatief veel agorafobie. Bovendien bleek, althans in EV, veel agorafobie aan het begin samen te hangen met een relatief slechte partnerrelatie aan het eind. Tevens hing, ook in EV, een relatief slechte partnerrelatie aan het begin samen met relatief veel agorafobie aan het einde van de behandeling.

### **Er bestaat enige substantiële samenhang tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en agorafobie**

Bij het berekenen van deze samenhang bleek het allereerst van belang om een onderscheid te maken tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie zoals de patiënt deze waarneemt en de kwaliteit van deze relatie zoals de therapeut haar ziet. De samenhang tussen beide oordelen had aan begin van de therapie geen betekenis en was aan het eind ervan niet meer dan matig.

Een relatief goede therapeutische relatie hing over het algemeen samen met relatief weinig agorafobie. Deze samenhang was het duidelijkst terug te vinden in PM+EV en was aan het eind van de therapie het sterkst.

Therapeuten in beide behandelcondities ervaarden al in het begin van de therapie de meest positieve relatie met patiënten die aan het eind van de behandeling het minst agorafobisch bleken te zijn. In PM+EV was die samenhang nog iets sterker nadat ook daadwerkelijk was gebleken dat de patiënten relatief weinig agorafobie hadden. Bij therapeuten in EV nam die samenhang aan het eind niet verder toe.

Het oordeel van patiënten over de kwaliteit van de therapeutische relatie vertoonde in het begin van de behandeling doorgaans minder samenhang met de aanwezigheid van klachten aan het begin of aan het eind

van de therapie. Aan het eind van de behandeling was die relatie er in PM+EV echter wel: een relatief goede therapeutische relatie ging op dat moment doorgaans samen met relatief weinig agorafobische problemen. In EV was er nauwelijks sprake van zo'n samenhang.

## 10.3 Aanbevelingen ten aanzien van de onderzoeksopzet

De mogelijkheid kan niet geheel worden uitgesloten, dat deze resultaten, die niet altijd stroken met de verwachtingen welke de onderzoekers vooraf hadden, moeten worden toegeschreven aan de wijze waarop het onderzoek is opgezet en uitgevoerd. Het is, met andere woorden, mogelijk dat een enigszins gewijzigde opzet en uitvoering van het onderzoek tot andere conclusies had kunnen leiden. Eerder werd een aantal suggesties hiertoe gedaan. De belangrijkste aanbevelingen worden hieronder herhaald.

Er werden aanbevelingen gedaan om het gebruik van andere meet-instrumenten te overwegen voor de operationalisatie van sommige factoren. Zo werd de sensitiviteit van de in dit onderzoek gebruikte Gedragstest betwijfeld. Verder werd ervoor gawaarschuwd om de bevindingen met de IPOV zonder meer gelijk te stellen aan begrippen als 'kwaliteit van de partnerrelatie' of 'huwelijkssatisfactie'. Tenslotte werden vraagtekens geplaatst bij het gebruik van de EPIN als operationalisatie van de kwaliteit van de therapeutische relatie.

Aansluitend werd aanbevolen om, bij het bepalen van samenhang tussen factoren, niet alleen naar de relatieve waardes op de betreffende variabelen te kijken, maar om ook de waarde van scores op zich in de analyses te betrekken. Wellicht, zo werd bijvoorbeeld gesteld, is slechts een ernstige mate van depressiviteit van invloed op het beloop van agorafobie.

Bovendien werd aanbevolen om beter controle te houden over de inschakeling van partners bij de behandeling. Omdat partners niet op een systematische wijze bij de therapie waren betrokken, was het niet goed mogelijk om na te gaan welke invloed hiervan is uitgegaan op zowel het beloop van de klachten, als op veranderingen in de partnerrelatie zelf.

Ook met betrekking tot de toegepaste statistische methodes zijn enkele aanbevelingen gedaan. Er werd voor gepleit om steeds te verantwoorden welke gedragslijn is gevolgd ten aanzien van 'missing data' (vooral: dropout).

In het huidige onderzoek zijn in dat kader twee analysestrategieën toegepast. Eén waarbij alleen die patiënten werden betrokken waarvan alle data beschikbaar waren ('complete cases' strategie) en één waarbij 'missing data' werden geschat met behulp van de methode van 'predicted mean matching' ('intention to treat' strategie).

Ook werd erop gewezen dat nogal eens verschillend lijkt te worden omgesprongen met het berekenen van 'Cohens d' als maat voor de grootte van het effect. Toepassing van een correctie voor autocorrelatie tussen voor- en eindmeting, werd noodzakelijk geacht om een juiste schatting van de grootte van effecten te verkrijgen. In het huidige onderzoek is dat gebeurd. De effectgrootte viel daardoor groter uit dan het geval zou zijn geweest wanneer deze correctie niet was toegepast.

Verder werd aanbevolen om, bij het berekenen van 'Cohens d', de standaarddeviatie van de beginmeting als referentie te kiezen en niet uit te gaan van de 'gepoolde' standaarddeviaties van voor- en nameting.

Bij de bevindingen omtrent de samenhang tussen verschillende soorten variabelen is gezegd, dat het gebruik van statistische methodes welke uitspraken toelaten over de richting van samenhang tussen variabelen (causaliteit) gewenst is (Kernkamp, in voorbereiding).

## 10.4 Aanbevelingen ten aanzien van de inhoud van de behandeling

Er werden twee belangrijke aanbevelingen gedaan met betrekking tot de inhoud van de behandeling. Allereerst werd de duur van PM, achteraf gezien, als erg kort beschouwd. Er werd gepleit voor vervolgonderzoek waarbij de duur van PM minstens zou worden verdubbeld. Deze interventie zou daarmee meer in overeenstemming worden gebracht met hetgeen gebruikelijk is in moderne behandelprotocollen voor paniek en agorafobie (Craske & Barlow, 1993).

Daarnaast werd voorgesteld om PM meer toe te spitsen op relevante individuele kenmerken van patiënten. Zoals agorafobici in zekere zin verschillen met betrekking tot de situaties die zij vrezen en vermijden, lijken zij zich ook, tot op zekere hoogte, van elkaar te onderscheiden in de wijze waarop zij bang zijn voor paniekaanvallen. Zoals patiënten in EV een geïndividualiseerde hiërarchie van gevreesde externe situaties doorlopen, zouden zij ook PM moeten krijgen welke is toegesneden op hun specifieke problematiek. In het huidige onderzoek is alvast één differentiatie aangebracht in PM. Patiënten bij wie bovendien als aanvullende diagnose HVS werd geconstateerd, kregen een iets andere PM dan patiënten bij wie deze aanvullende diagnose niet kon worden vastgesteld. Het werd echter mogelijk en zinvol geacht om in PM meer indi-

viduele variatie aan te brengen. Ook deze aanbeveling is in overeenstemming met recente inzichten ten aanzien van de behandeling van paniek (Clark, 1989; Craske & Barlow, 1993).

## 10.5 Aanbevelingen voor andere uitgangspunten in de toekomst

Een aantal aspecten valt op, wanneer men de bevindingen van het huidige onderzoek overziet en wanneer men deze in perspectief tracht te plaatsen ten opzichte van andere onderzoeksresultaten. Ten eerste blijft exposure in vivo vooralsnog overeind staan als de meest belangrijke interventie ten aanzien van paniekstoornis met agorafobie. Dit sluit aan bij de mening van auteurs als Marks (1987a) en Emmelkamp (1989) en blijft in lijn met hetgeen waarschijnlijk nog steeds de 'hoofdstroom' is in de gedragstherapeutische behandeling van paniekstoornis met agorafobie. Men mag dan ook verwachten dat exposure in vivo voorlopig nog de 'gouden standaard' zal blijven, waartegen effecten van nieuwe interventies moeten worden afgezet.

Ten tweede mag men niet uitsluiten dat in de toekomst PM toch een meerwaarde zal blijken te hebben ten opzichte van EV, wanneer de eerder voorgestelde wijzigingen ten aanzien van deze interventie zouden worden toegepast. In dat geval zou aansluiting worden gevonden bij auteurs als Barlow (Barlow & Cerny, 1988) en Beck (Beck et al., 1992). Deze stroming kan worden gezien als een (relatief) nieuwe, sterk in opkomst zijnde richting in de gedragstherapeutische behandeling van paniekstoornis met agorafobie. Het valt te verwachten dat in nieuw onderzoek vanuit deze stroming regelmatig zal worden nagegaan of PM meerwaarde heeft ten opzichte van EV.

Ten derde valt op dat het klinisch beeld van patiënten met paniekstoornis met agorafobie mede wordt gekleurd door comorbiditeit zoals depressiviteit en problemen in de partnerrelatie. Men kan zich met recht afvragen of behandelmethodes die ook met deze aspecten rekening houden, niet een hogere mate van effectiviteit ten aanzien van paniek en agorafobie zouden kunnen hebben dan interventies als (PM+)EV, welke uitsluitend op deze klachten zijn gericht. Hoewel vooral de samenhang tussen agorafobie en depressiviteit goed is gedocumenteerd (Marks, 1987a), is hiernaar tot op heden weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan.

Tenslotte valt op dat het beeld van de behandeling niet alleen wordt gekleurd door de aard van de interventies en de mate van comorbiditeit, maar ook door de kwaliteit van de therapeut-patiënt relatie. Het beloop van de klachten vertoont immers een zekere samenhang met de kwali-

teit van de therapeutische relatie. Bovendien lijken de aard van de interventies en de kwaliteit van de therapeutische relatie in hun beloop enigszins met elkaar samen te hangen. Dat de therapeut-patiënt relatie mogelijk van belang is in gedragstherapie, is een betrekkelijk nieuw gezichtspunt. Pas recent worden binnen de gedragstherapie pogingen beschreven om deze relatie doelbewust te beïnvloeden (G. Keijsers et al., 1990; Schaap et al., 1993).

De vier aspecten welke hierboven zijn geschetst, maken het in toenevende mate onwaarschijnlijk dat één behandelmethode die van zitting tot zitting is gestandaardiseerd uiteindelijk de meest optimale interventie zal blijken te zijn ten aanzien van agorafobie. Elk van de genoemde aspecten impliceert al snel een verdergaande individualisering van de therapie en dus een afnemende standaardisering. Houdt men in EV rekening met individuele verschillen met betrekking tot externe situaties die worden vermeden, in PM zou men dat ook moeten doen ten aanzien van individuele kenmerken van de paniekbeleving. Door comorbiditeit in de behandeling te betrekken, houdt men rekening met individuele klachtenpatronen die zich uitstrekken tot buiten het terrein van paniek en agorafobie. Sommige patiënten zouden wellicht óók voor depressiviteit moeten worden behandeld, terwijl dat bij anderen niet nodig zou zijn. Doelbewust inspelen op de interactionele stijl van individuele patiënten is, tenslotte, een consequentie wanneer men de therapeutische relatie zou willen optimaliseren. Ook dit maakt standaardisering van behandelingen moeilijker.

Individualisering heeft echter minstens één groot bezwaar: men verliest gemakkelijk uit het oog welke overweging tot welke interventie heeft geleid en, vervolgens, welke interventie tot welk effect heeft geleid. Met andere woorden, de heuristische waarde van een dergelijke behandelmethode wordt al snel gering. Toch is dit wellicht een noodzakelijke stap om uiteindelijk effectiever te kunnen behandelen.

Bovendien lijkt het niet principieel onmogelijk om aan het bezwaar van de geringe heuristische waarde tegemoet te komen. Geprotocolleerde zoekschema's in de vorm van beslissbomen ten aanzien van diagnostiek en behandeling zouden waardevol kunnen zijn. Functie-analyse en betekenis-analyse (Korrelboom & Kernkamp, 1993) kunnen wellicht als zulke zoekschema's worden beschouwd. Met behulp van dergelijke analyses worden gegevens over de patiënt, zijn problematiek en zijn omgeving zodanig geordend, dat interventies eruit kunnen worden afgeleid. De uitkomsten van die interventies kunnen worden beschouwd als een empirische toets van de analyse (Orlemans, 1988a). In de opleiding worden deze analyses doorgaans gezien als de hoeksteen van het gedrags-therapeutisch handelen (Eelen & Van den Bergh, 1992). Er zijn ver-

schillende modellen voor functie-analyses beschreven (Brinkman, 1978; Bakker-de Pree, 1987; Burger, 1994). Een goede analyse verantwoordt op controleerbare wijze een op de individuele patient toegesneden behandelplan. Een meer wetenschappelijke verantwoording kan plaatsvinden met behulp van N=1-methodologie (Duker, 1988).

Afgaande op wetenschappelijke publicaties, lijkt de waarde van dergelijke geïndividualiseerde zoekschema's echter niet erg hoog te zijn. In 156 gepubliceerde gevalsbeschrijvingen in vier belangrijke gedragstherapeutische tijdschriften, bleek slechts in twintig procent van de gevallen een verantwoording te worden afgelegd in de vorm van een functie-analyse over de toegepaste interventies (Haynes & O'Brien, 1990; Eelen & Van den Bergh, 1992). Verder vergeleek Schulte onlangs de waarde van een standaardbehandeling met die van een individu-specifieke behandeling van patienten met diverse soorten fobieën (Schulte et al., 1992). De resultaten waren niet erg hoopvol voor wie een geïndividualiseerde behandeling voorstaat. De standaardbehandeling, grotendeels bestaande uit exposure in vivo, was beter. De geïndividualiseerde behandeling overtrof zelfs niet de effecten die werden behaald in een 'yoked-control' conditie. Patienten in deze controleconditie ondergingen de behandeling welke eigenlijk specifiek was toegesneden op een andere patient. Emmelkamp verwijst onder meer naar de uitkomsten van dit onderzoek om de problemen met individu-specifieke behandelmethodes te illustreren (Emmelkamp, 1993).

Toch is met Schultes bevindingen het laatste woord over individu-specifieke behandelmethodes nog niet gezegd. Ook de auteurs zelf lijken hun resultaten eerder te interpreteren als een waarschuwing tegen te veel flexibiliteit in behandelingen dan als een bewijs voor de superioriteit van gestandaardiseerde behandelmethodes zonder meer. Er valt ook wel kritiek op de methode van onderzoek te geven. De therapeuten in Schultes onderzoek lijken, bijvoorbeeld, relatief onervaren te zijn geweest. Therapeuten die meer dan zestien behandelingen hadden uitgevoerd werden door Schulte 'ervaren' genoemd. Dit lijkt een tamelijk milde norm. Men mag verwachten dat juist individu-specifieke behandelingen om veel ervaring van de therapeut vragen. Ook het feit dat een patientengroep met diverse soorten fobieën werd onderzocht, bemoeilijkt de interpretatie van de resultaten. Binnen de context van de huidige discussie, is het moeilijkste aspect bij de interpretatie van Schultes bevindingen, dat uit de publicatie niet duidelijk wordt, hoe het schema waarop de individuele probleemanalyses zijn gebaseerd, zich verhoudt tot andere in de gedragstherapie gehanteerde zoekschema's. De mogelijkheid dat Schultes schema weinig relevant is geweest, kan niet zonder meer worden uitgesloten.

In de rest van dit slothoofdstuk zullen drie (vooralsnog betrekkelijk speculatieve) zoekschema's worden toegelicht, die van waarde kunnen zijn bij het ontwikkelen van meer individu-specifieke behandelprotocollen voor agorafobische patiënten. Het eerste schema heeft in eerste instantie betrekking op het analyseren van klachten. Het accent wordt gelegd op leertheoretische overwegingen en op bevindingen uit de experimentele psychologie. Het schema zal dus vooral zijn toepassing moeten vinden bij het ontwikkelen van individu-specifieke interventies ten aanzien van paniek, agorafobie en (zo nodig) comorbiditeit.

Het tweede en derde schema kunnen worden gebruikt wanneer de therapeut beargumenteerd wil kiezen voor een specifieke interactionele opstelling ten aanzien van zijn patiënt. Deze schema's kunnen dienen om de therapeutische relatie te optimaliseren.

De schema's zijn elders meer uitvoerig beschreven (Korrelboom, 1992; Korrelboom & Kernkamp, 1993; Korrelboom et al, 1993; Korrelboom & Kernkamp, in voorbereiding).

## 10.6 Gedragstherapie en leertheorie

De gedragstherapie komt voort uit een behavioristisch georiënteerde leerpsychologie. Het orthodoxe of naïeve behaviorisme (Orlemans, 1983) veronderstelde dat responsen op een reflexmatige wijze worden gekoppeld aan stimuli. Intermediërende (cognitieve) processen vormden geen terrein voor bestudering, voor zover het bestaan ervan al niet werd ontkend (Watson, 1919; zie: Bolles, 1979).

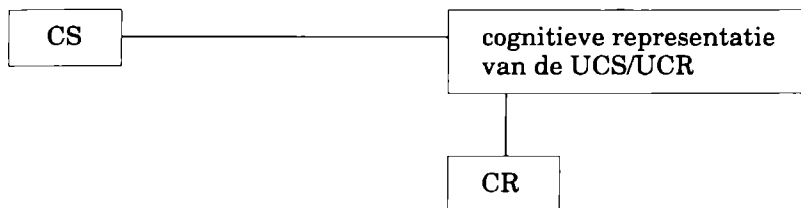
Binnen de experimentele psychologie is deze visie op conditioneren sinds het ontstaan van de gedragstherapie in belangrijke mate geëvolueerd. De reflexmatige opvattingen van weleer zijn opgevolgd door een cognitief geïnspireerde visie. Leren wordt daarbij niet meer in eerste instantie gezien als een automatisch proces waarbij een respons na verloop van tijd automatisch aan een nieuwe stimulus wordt gekoppeld. Veel meer ziet men leren als een adaptief proces dat ertoe dient om de omgeving voorspelbaar en beheersbaar te maken.

### *10.6.1 Een cognitief model van leren*

Eelen (1988) zet de theoretische uitgangspunten van een cognitief conditioneringsmodel uiteen. De kerngedachte is dat kennisverwerving een actief proces is. Nieuwe ervaringen verkrijgen betekenis door associatie met eerder opgedane kennis. Men spreekt van S-S leren. De kennis is gerepresenteerd in cognitieve structuren. Van belang is dat nieuwe informatie ook langs onbewuste weg kan worden verworven.

Het op Davey (1989) geïnspireerde zoekschema van de 'Betekenis Analyse' in figuur 10.1 geeft het cognitieve model weer van klassieke conditionering.

**Figuur 10.1: Betekenis-analyse**



De CS is de uitlokkende gebeurtenis. De CS activeert het kennisbestand (UCS/UCR-representatie) waarmee deze op grond van eerdere ervaringen is geassocieerd. De CR is, tenslotte, de meetbare (of 'voelbare') index waarin deze associatie manifest wordt. De CR is dus niet het geleerde zelf (Mackintosh, 1983; Rescorla, 1988; Eelen, 1988). UCS'en zijn niet alleen van nature betekenisvolle, fysieke prikkels. Er bestaan ook 'psychologische UCS'en' (Eysenck, 1979). Het schema wordt 'Betekenis-Analyse' (BA) genoemd, omdat het aangeeft aan welke associatie de CS zijn betekenis ontleent.

In dierexperimenteel onderzoek is dit S-S leren (in tegenstelling tot S-R-leren) wel als signaal-leren opgevat (Rescorla & Wagner, 1972). De ene, in beginsel neutrale, stimulus (CS) is een signaal voor het optreden van de andere, in beginsel affectief beladen, stimulus (UCS). Men kan ook zeggen dat de CS de verwachting induceert dat de UCS (of UCR) zal optreden. Er is daarom sprake van een sequentiele relatie: de CS kondigt aan dat de UCS met een zekere mate van waarschijnlijkheid zal optreden.

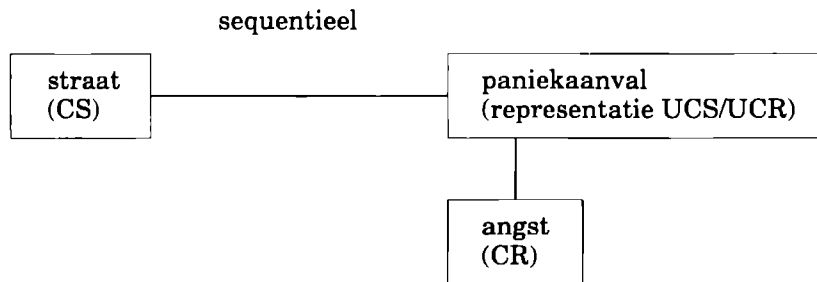
Men kan de CR onder andere doen afnemen door de CS aan te bieden zonder dat de UCS (of UCR) optreedt. Men kan de CR ook beïnvloeden door de evaluatieve waarde van de UCS te manipuleren. De eerste procedure staat bekend als extinctie, de laatste als UCS-herevaluatie (Davey, 1989). In het eerste geval wordt geleerd dat de CS niet (meer) door de UCS wordt gevolgd. In het tweede geval leert men dat de UCS wel 'meevalt'. De CR zal in beide gevallen veranderen.



### 10.6.2 Een cognitief model voor paniekstoornis met agorafobie

Toegepast op agorafobie leidt dit conditioneringsmodel tot de volgende analyse van de betekenis van de straat voor de 'doorsnee' fobiepatiënt. Op straat zijn voorspelt een verhoogde kans op een paniekaanval, hetgeen angst induceert. Eén en ander wordt geïllustreerd in de betekenisanalyse in figuur 10.2.

**Figuur 10.2: Sequentiële relatie**



Therapeutisch kan op (minstens) twee manieren worden geïnterve-neerd: exposure aan de CS zonder dat de UCS optreedt en herevaluatie van de UCS. Exposure in vivo kan als een voorbeeld van de eerste inter-ventie worden beschouwd, terwijl paniekmanagement als een therapeu-tische toepassing van UCS-herevaluatie kan worden gezien.

Uit het schema kan ook worden afgeleid hoe exposure het best kan worden uitgevoerd. Men dient ten eerste zo precies mogelijk te bepalen welke CS'en de patiënt vreest en vervolgens dient men na te gaan wat de patiënt vreest dat zal gebeuren wanneer hij met de CS zal worden geconfronteerd (UCS of UCR). Dan moet de therapeut ervoor te zorgen dat de patiënt op zo'n manier aan de gevreesde CS'en wordt blootge-steld, dat de UCS (of UCR) niet optreedt. Een hiërarchische aanbieding van CS'en is één manier om hiervoor zorg te dragen. Bekende gedragstherapeutische technieken als exposure in vivo en gedragsexperimenten (Clark, 1989) zijn in deze beschrijving duidelijk te herkennen. In feite gaat het om het falsificeren van de (irreële) verwachting ten aanzien van de kans op de UCS (of UCR) (van den Hout & Merckelbach, 1993).

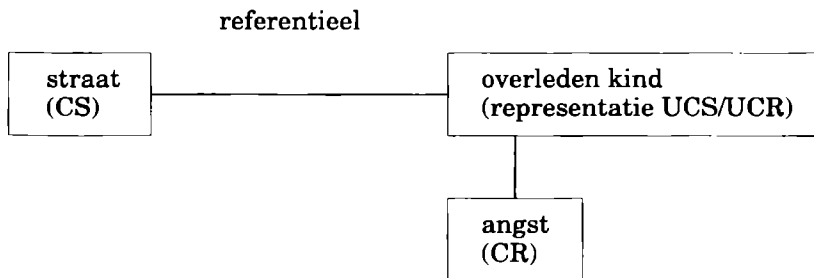
'Individualisering' van PM kan ook worden geïllustreerd aan de hand van dit schema. Volgens dit schema dient men immers de vraag te beantwoorden welke representaties van paniek een patiënt heeft. Het kan dan blijken dat patiënten verschillen in de representaties die

zij hebben van een paniekaanval. Bij de één staat, bijvoorbeeld, de angst voor flauwvallen centraal, terwijl de ander vooral bang is om zichzelf belachelijk te maken ten overstaan van onbekende anderen. Een derde zal weer vooral bang blijken te zijn om in de steek te worden gelaten wanneer hij angstig zou worden. Bij sommige patiënten zal de cognitieve representatie in de eerste plaats worden beleefd in de vorm van angstwekkende beelden, anderen zullen vooral spreken over een meer lichamelijk ervaren 'onheilspellend gevoel'. Het is voorstelbaar dat voor verschillende cognitieve representaties verschillende interventies zijn geïndiceerd (Korrelboom & Kernkamp, 1993).

### Referentiële en sequentiële relaties

Hierboven werd het zoekschema geïllustreerd aan de hand van wat een 'doorsnee' fobiepatiënt werd genoemd. Er was sprake van een sequentiële relatie tussen CS en UCS/UCR-representatie. De CS fungeerde als voorspeller voor het optreden van de UCS. EV of PM+EV waren interventies die vervolgens uit het zoekschema konden worden afgeleid. Tussen CS en UCS/UCR-representatie kunnen echter verschillende soorten associaties bestaan. Eelen onderscheidt sequentiële en referentiële relaties (Eelen et al., 1990). Bij een sequentiële relatie is er een relatie in de tijd. De patiënt verwacht, op grond van de CS, dat de UCS/UCR met een zekere mate van waarschijnlijkheid zal optreden. Bij een referentiële relatie doet de CS denken aan de UCS. Er is sprake van een identiteitsrelatie. Rouwreacties zijn een voorbeeld. Op straat spelende kinderen roepen bij een moeder herinneringen op aan haar eigen jong overleden kind. De emotionele reactie (CR) weerspiegelt de herbeleving van deze gebeurtenis welke cognitief is gerepresenteerd. Zodra de moeder spelende kinderen ziet zal de herinnering aan haar overleden kind worden geactiveerd. Zij is bang voor deze gevoelens en vermijdt daarom de straat. Dit wordt geïllustreerd in figuur 10.3.

**Figuur 10.3: Referentiële relatie**



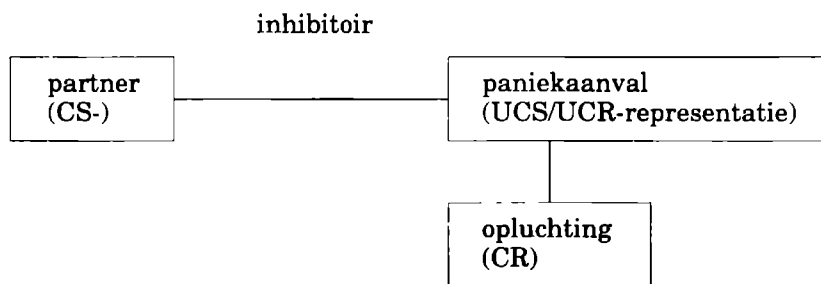
Figuur 10.3 lijkt in een aantal opzichten op figuur 10.2. Er zijn twee belangrijke verschillen. De inhoud van de UCS/UCR-representatie is anders en de aard van de relatie tussen CS en UCS/UCR-representatie verschilt. Om die laatste reden lijkt exposure aan de CS niet de eerst aangewezen interventie te zijn. Anders dan in 10.2 valt er immers geen verwachting te falsificeren. Het ligt bij een referentiële relatie dikwijls meer voor de hand om de UCS/UCR-representatie zelf te beïnvloeden. In dit geval zou dat kunnen via, bijvoorbeeld, rouwtherapie.

### **Excitatie versus inhibitie**

Associaties tussen CS en UCS/UCR-representatie kunnen ook worden onderscheiden in excitatoire en inhibitieve relaties. Mackintosh (1983) bespreekt de literatuur over experimenteel onderzoek.

In de voorbeelden hierboven was sprake van excitatie. Eerst induceerde de CS de verwachting dat een paniekaanval zou volgen. In het tweede geval werd de herinnering geactiveerd aan een trauma dat vroeger had plaatsgevonden. Naast excitatie bestaat ook inhibitie. Een inhibitieve CS voorspelt het 'niet-optreden' van de UCS/UCR. De CR die de manifestatie is van een inhibitieve relatie, is in psychologisch opzicht vaak het spiegelbeeld van de CR die bij excitatie zou zijn opgetreden. In de therapeutische literatuur worden sommige inhibitieve stimuli ook 'veiligheidssignalen' genoemd (Gray, 1987). In de notatie wordt een excitatoire CS aangeduid als 'CS+' en een inhibitieve als 'CS-'. Voor fobische patiënten is de partner vaak een inhibitieve stimulus. Figuur 10.4 illustreert dit.

**Figuur 10.4: Inhibitieve relatie**



Het wegvallen van de partner impliceert het wegvallen van inhibitie. De patiënt zal zonder de partner opnieuw een paniekaanval gaan

vrezen. Klachten kunnen dus zowel ontstaan door excitatie als door het wegvallen van inhibitie.

Behandeling, zo kan uit het zoekschema worden afgeleid, kan in dit geval onder andere bestaan uit PM, maar ook uit het introduceren van nieuwe inhibitoire stimuli of veiligheidssignalen.

### Occasionsetters

Occasionsetters modificeren de verwijzingswaarde van CS'en.

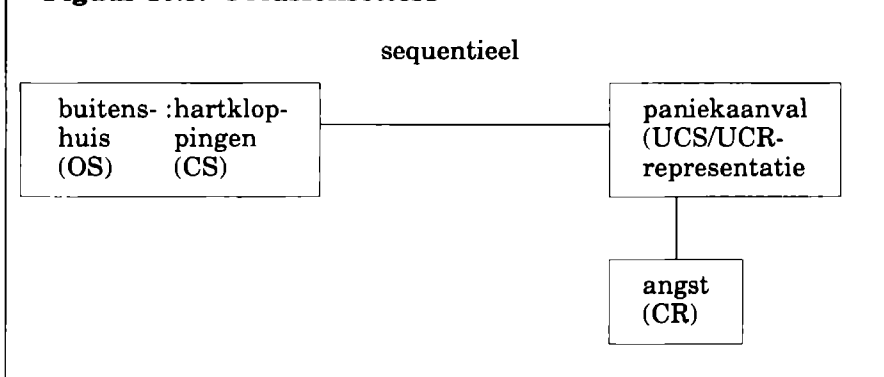
Zij vormen de condities waaronder de CS-UCS/UCR associatie geldt.

Voor literatuur over experimenteel onderzoek in deze wordt verwezen naar Holland (1984) en Bouton & Swartzentruber (1991).

Agorafobie biedt dikwijls een klinische illustratie van de rol van occasionsetters. Veel fobici ervaren 'hartkloppingen' als het signaal voor een naderende paniekaanval zodra zij zich buitenshuis bevinden. Sommige patiënten vrezen dezelfde sensaties echter niet zolang zij in hun eigen huis zijn. Voor hen worden 'hartkloppingen' pas angstwekkend binnen een context waar geen hulp aanwezig is of in een situatie waaruit zij niet snel kunnen ontsnappen.

'Buitenshuis' is dan de 'occasionsetter' waarbinnen 'hartkloppingen' als CS verwijzen naar de gevreesde 'paniekaanval'. Figuur 10.5 is een illustratie.

**Figuur 10.5: Occasionsetters**



Occasionsetters kunnen externe, concrete stimuli zijn. Ze kunnen ook in het organisme zelf aanwezig zijn. Zo kunnen ook stemming en door farma- of alcohol gecreëerde toestanden als occasionsetter gaan fungeren (Cunningham, 1979).

Bouton stelt vast dat uitdoving meer gebonden is aan de context (dat wil zeggen aan occasionsetters) dan aanleren (Bouton & Swartzentruber,

1991). Uitdoving, met andere woorden, generaliseert minder gemakkelijk dan aanleren. Angstreacties die uitgedoofd lijken te zijn, kan men gemakkelijk opnieuw uitlokken binnen een context waar uitdoving nog niet heeft plaatsgevonden. Dergelijke bevindingen geven aanleiding om uitdoving niet meer te beschouwen als een vorm van 'ontleren' maar als een manier van 'iets erbij leren'. De patiënt leert tijdens een uitdovingsprocedure dat 'de CS in deze context geen gevaar voorspelt'. Dit impliceert dat diezelfde CS dat, in een andere context, nog wel doet. In een cognitief conditioneringsmodel is de term 'uitdoving' in feite dan ook niet meer op zijn plaats.

Het identificeren van occasionsetters lijkt vooral van belang bij het voorkómen van terugval. Het zoekschema geeft aan hoe dat praktisch zou moeten gebeuren. Om de kans op terugval te verkleinen zou men tijdens exposure de CS gelijktijdig moeten aanbieden met de occasion-setter die de CS-UCS/UCR associatie modificeert.

### 10.6.3 *Implicaties*

Het is de vraag welke de implicaties zijn van een dergelijk op het individu toegesneden zoekschema voor onderzoek naar en behandeling van paniekstoornis met agorafobie.

De belangrijkste vraag daarbij is die naar de empirische waarde ervan. Uiteindelijk zal empirisch moeten blijken of interventies welke uit dit zoekschema worden afgeleid, tot effectievere methodes van behandeling zullen leiden voor agorafobische patiënten. Het antwoord op de vraag is kort: de empirische waarde van het schema is niet bekend. Er is nog geen systematisch, gecontroleerd onderzoek hiernaar gedaan. Voorlopig is vooral sprake van een 'vertaalslag' naar de therapeutische praktijk van bevindingen welke zijn ontleend aan recent experimenteel onderzoek. De robuustheid van een aantal van deze bevindingen en de relatief bescheiden resultaten van de gangbare gestandaardiseerde behandelprotocollen bij paniekstoornis met agorafobie lijken een verdere verkenning van het mogelijke nut van het zoekschema echter te legitimeren. Empirisch onderzoek als dat van Schulte zal uiteindelijk moeten uitwijzen of het zoekschema tot effectievere interventies leidt dan de tot nu toe gehanteerde (PM+)EV protocollen.

## 10.7 Gedragstherapie en therapeutische interactie

Al meerdere keren is gezegd dat de belangstelling voor de therapeutische relatie binnen de gedragstherapie van tamelijk recente datum is. Opvallend is dat zowel binnen de traditionele gedragstherapie als bin-

nen de cognitieve gedragstherapie het gedrag van de therapeut op een tamelijk beperkende wijze wordt beschreven. De gedragstherapeut dient, bijvoorbeeld, een 'technicus en instructeur' te zijn (Burger, 1994) en de therapeutische relatie een 'werkoverleg' (Orlemans, 1988b). De relatie tussen cognitieve gedragstherapeut en patient wordt op vergelijkbare wijze gekenschetst als een 'samenwerkingsverband' (Beck et al., 1990). De persoon van de patient lijkt er weinig toe te doen; de therapeut moet altijd trachten 'technicus en instructeur' te blijven; de therapeutische relatie dient altijd vooral een 'werkoverleg' te zijn. Door het gedragspatroon van de therapeut zo betrekkelijk vast te omlijnen, lijkt cognitieve gedragstherapie zich in dit opzicht niet erg te onderscheiden van inzichtgevend therapieën. Ook deze therapiemethodes vereisen een gedragspatroon van de therapeut dat relatief stabiel en vergelijkbaar is, ongeacht de persoon van de patient (Bruggeman, 1988; Dijkhuis, 1988).

Een meer flexibele opstelling van therapeuten, toegesneden op de specifieke behoeftes van de individuele patient, is lange tijd het meest duidelijk voorgestaan door de directieve therapie (Lange, 1977; van der Velden & van Dijk, 1977). Wellicht echter benadrukten directieve therapeuten, zeker in de beginfase, te veel de uniciteit van iedere patient (van der Velden, 1989). Unieke interventies voor unieke patienten zijn moeilijk over te dragen, waardoor de heuristische waarde van een therapiemethode afneemt.

Hieronder wordt een zoekschema toegelicht dat systematiek kan aanbrengen in de keuze voor een specifieke interactionele opstelling. Het schema lijkt bovendien toepasbaar te zijn in gedragstherapeutische behandelingen (Korrelboom, 1992; Korrelboom & Kernkamp, in voorbereiding).

#### *10.7.1 De 'Roos van Leary'*

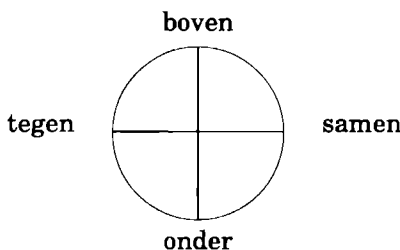
Het schema is in eerste instantie gebaseerd op en gedeeltelijk een vereenvoudiging van het interpersoonlijke persoonlijkheidsmodel van Leary (1957) en gaat uit van de volgende uitgangspunten:

- patienten hebben een individuele voorkeur voor bepaalde posities in interactionele dyades;
- deze voorkeur hangt samen met de wijze waarop zij zichzelf en de wereld om zich heen zien; kortom met hun persoonlijkheid (Beck et al., 1990);
- naarmate de persoonlijkheid minder flexibel is en naarmate dus meer sprake is van een persoonlijkheidsstoornis (Millon & Everly, 1985), is de kans groter dat ook in de therapeutische interactie wordt vastgehouden aan deze individuele voorkeurspositie;

- de positie die wordt ingenomen, wordt mede bepaald door de positie die de ander inneemt binnen de interactie;
- soms kan de positie die de patiënt inneemt binnen de therapeutische relatie anti-therapeutisch zijn. De kans om van de behandeling te profiteren wordt erdoor verkleind;
- Door doelbewust een specifieke positie in de therapeutische relatie in te nemen, kan de therapeut de patiënt stimuleren om een andere, voor therapie meer bevorderlijke opstelling te kiezen.

Deze uitgangspunten worden geïllustreerd in de (sterk vereenvoudigde) 'Roos van Leary' in figuur 10.6.

**Figuur 10.6: 'Roos van Leary'**



De 'Roos' bestaat uit twee orthogonale dimensies: 'boven-onder' en 'tegen-samen'. 'Boven' verwijst naar een dominante opstelling binnen de interactie. De gesprekspartner in deze positie neemt initiatief en is geneigd zich onafhankelijk op te stellen ten opzichte van de ander. 'Onder' verwijst naar een submissieve positie. De gesprekspartner in deze positie is volgbaar en is geneigd zich afhankelijk van de ander op te stellen. 'Tegen' verwijst naar oppositie binnen de interactie. De gesprekspartner in deze positie is geneigd zich af te zetten tegen de ander en de afstand tot deze te vergroten. 'Samen' verwijst naar een collaboratieve opstelling. De gesprekspartner in deze positie is geneigd samen te werken met de ander en de afstand tot deze te verkleinen.

Binnen de 'Roos' gelden twee regels:

- de posities 'boven' en 'onder' zijn complementair. Dat wil zeggen dat wanneer één van beide de bovenpositie inneemt, de ander wordt gestimuleerd de onderpositie te kiezen en andersom;
- de posities 'tegen' en 'samen' zijn symmetrisch. Dat wil zeggen dat wanneer één van beide de tegenpositie inneemt, de ander wordt gestimuleerd ook de tegenpositie te kiezen, terwijl een keuze voor

de samenpositie van de één, de ander stimuleert eveneens de samenpositie in te nemen.

Problemen kunnen ontstaan wanneer één van beide de 'relatiedefiniering' die de ander wil opleggen, niet accepteert. Wanneer beiden, bijvoorbeeld, dominant willen zijn, dreigt er een machtsstrijd. Psychologisch gezonde personen kunnen in principe alle posities binnen de 'Roos' innemen. Zij kunnen adapteren aan wat de situatie vraagt. Psychologisch minder gezonde personen hebben daar moeite mee. Zij neigen relatief sterk naar hun eigen voorkeurspositie en kunnen onvoldoende adapteren aan situaties waarin het beter zou zijn die voorkeurspositie te laten varen. In gezonde interacties vinden regelmatig positiewisselingen plaats waarbij de ene partner nu weer, bijvoorbeeld, een bovenpositie inneemt en dan weer een onderpositie.

Enigszins 'ex cathedra' kan worden gesteld dat iedere therapiemethode zich bij voorkeur afspeelt in de rechterhelft van de 'Roos'. Samenwerking wordt immers in vrijwel alle therapeutische richtingen geacht een noodzakelijke voorwaarde te zijn voor een succesvolle psychotherapie. Eveneens enigszins 'ex cathedra' kan worden gesteld dat gedragstherapie als directieve therapievorm een voorkeur heeft voor een therapeutische interactie waarbij de therapeut regelmatig in de 'boven-samen' positie komt te verkeren en de patient bijgevolg in het 'onder-samen' kwadrant.

Problemen in de therapeutische interactie kunnen ontstaan wanneer de patient deze relatiedefiniering van de therapeut niet accepteert. Wanneer een patient, bijvoorbeeld, weigert de 'onder-samen' positie in te nemen, kan hij in verzet gaan. Openlijk verzet plaatst de patient al snel in de 'boven-tegen' positie. Dat kan, bijvoorbeeld, het geval zijn bij narcistische patienten die de therapeut openlijk desavoueren. Meer verborgen verzet laat zich localiseren in het 'onder-tegen' kwadrant van de 'Roos'. Passief-agressieve patienten kunnen hun afspraken vergeten, ontwijkende patienten kunnen nog meer in zichzelf keren en het 'onmogelijk' vinden de vragen van de therapeut te beantwoorden. Wanneer dit soort problemen optreedt, kan de 'Roos van Leary' uitkomst bieden. Wanneer een patient, bijvoorbeeld, de 'onder-tegen' positie inneemt, in reactie op een 'boven-samen' actie van de therapeut, kan de therapeut ervoor kiezen zelf de 'onder-samen' positie te bezetten. Door 'samen' te blijven nodigt hij de patient opnieuw uit eveneens naar de samen-positie te komen. Door echter bovendien 'onder' te gaan zitten, krijgt de patient de gelegenheid de boven-positie te verkiezen. Wellicht bevalt 'samen-boven' beter dan 'samen-onder', een interactione-



le positie immers die eerder door de patiënt werd vermeden door een tegenpositie in te nemen.

### *10.7.2 Het persoonlijkheidsmodel van Beck*

De 'Roos van Leary' mag dan richtlijnen geven over de interactionele positie die een therapeut dient in te nemen om de therapeutische interactie te optimaliseren, zij leert weinig over de wijze waarop daaraan moet worden vormgegeven.

Dit probleem kan mogelijk worden opgelost met behulp van het zoekschema van Beck met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen (Beck et al., 1990). Beck beschrijft van de persoonlijkheidsstoornissen uit DSM-III-R (APA, 1987) vier centrale kenmerken: het zelfbeeld van de patiënt, het beeld dat de patiënt van anderen heeft, de belangrijkste overtuigingen van de patiënt en de voornaamste interactionele strategie die deze toepast. Deze vier kenmerken kunnen als uitgangspunt dienen om inhoud te geven aan de interactionele positie die men binnen de therapie wil innemen. De passief-agressieve persoonlijkheid, bijvoorbeeld, zou volgens Beck bang zijn te worden gecontroleerd en gedomineerd.

Om zo'n patiënt in een samen-positie te krijgen is het dus nodig om hem duidelijk te maken dat hij geen controle of dominantie hoeft te vrezen. Dat kan impliciet door, bijvoorbeeld, niet zonder meer opdrachten te geven, maar daarover eerst suggesties aan de patiënt te vragen. Het kan ook expliciet door de angst voor controle en dominantie met de patiënt te bespreken en zo mogelijk afspraken te maken over de wijze waarop met die angsten in de therapie zal worden omgegaan.

Korrelboom (1992) geeft een illustratie van de wijze waarop de 'Roos van Leary' en Becks persoonlijkheidsmodel kunnen worden gebruikt om de therapeutische relatie met afhankelijke persoonlijkheden te optimaliseren. L. Keijsers geeft voorbeelden hoe men op grond van een iets andere conceptualisering van de 'Roos van Leary' kan trachten de therapeutische relatie doelbewust te sturen (L. Keijsers et al., 1990).

Arts baseert zijn interventies rechtstreeks op scores van de EPIN om de therapeutische relatie, waar nodig, te verbeteren (Arts et al., 1994).

### *10.7.3 Implicaties*

Wat gold voor het zoekschema dat in 10.6 werd besproken, geldt ook voor de beide zoekschema's die hier werden toegelicht. Beide zijn nog niet empirisch op hun merites getoetst.

Er zijn aanwijzingen dat de kwaliteit van de therapeutische interactie van belang kan zijn bij het optimaliseren van de behandeling van paniekstoornis met agorafobie. Over de manier waarop de invloed van de therapeutische relatie zich doet gelden is weinig bekend. Tot nu toe zijn er geen andere modellen waarvan onomstotelijk is aangetoond dat zij een gewenste sturing in de therapeutische interactie kunnen aan-

brengen. Totdat het zover is, lijkt het daarom gelegitimeerd om beide zoekschema's te hanteren.

Al met al is in 10.6 en 10.7 in beknopte vorm een vrij volledig voorstel beschreven voor een geïndividualiseerd taxatiemodel bij paniekstoornis met agorafobie. Het zoekschema in 10.6 kan worden gebruikt om klachten (hoofddiagnose zowel als comorbiditeit) gedetailleerd en genuanceerd in kaart te brengen. Het schema stuurt bovendien bij de keuze van interventies. De zoekschema's uit 10.7 helpen de persoonlijkheid van de patiënt te beschrijven, en sturen keuzes met betrekking tot het optimaliseren van de therapeutische relatie. Eigenlijk ontbreekt alleen nog een zoekschema voor diagnostiek en behandeling van gezins- en relatieproblemen in het kader van paniekstoornis met agorafobie. Meer nog dan de schema's voor klachten en persoonlijkheid valt dit echter buiten de reikwijdte van deze dissertatie. Bovendien zijn elders goede zoekschema's beschreven voor zowel gezins- en relatieproblematiek in het algemeen (Lange, 1994) als voor gezins- en relatieproblematiek in het kader van paniekstoornis met agorafobie (Lange, 1987a; Lange & de Beurs, 1992).

## 10.8 Samenvatting

Allereerst zijn de belangrijkste bevindingen van het onderzoek nog eens samengevat. Hetzelfde is gedaan met de verschillende aanbevelingen welke uit het onderzoek zijn voortgekomen. Behalve dat een aantal aanbevelingen neerkwam op het aanbrengen van wijzigingen in de hier toegepaste methode van onderzoek en in de inhoud van de hier onderzochte behandelmethodes, werd nog een aanbeveling gedaan. Eerst werd geconcludeerd dat het wellicht irreëel is om te verwachten dat ooit één ultieme behandelmethode zal worden gevonden, die voor alle patiënten met de diagnose paniekstoornis met agorafobie optimaal zal blijken te zijn. De verwachting werd uitgesproken dat een belangrijke verbetering in de effectiviteit van de behandeling van agorafobie wellicht pas zou worden gevonden, wanneer meer zou worden uitgegaan van behandelingen op maat. Er werd voorgesteld de therapie meer te individualiseren. Individualisering zou moeten plaatsvinden door comorbiditeit waar nodig in het behandelplan op te nemen; door binnen het agorafobisch syndroom verschillende individu-specifieke associaties en angstrepresentaties te onderscheiden; en door, waar nodig, de therapeutische interactie doelbewust te manipuleren. Om de risico's die kunnen kleven aan individualisering tegen te gaan, werd voorgesteld behandelingen te protocolleren aan de hand van een aantal zoekschema's. Op drie zoekschema's werd beknopt ingegaan. Vastgesteld werd dat deze schema's beloftevol zijn.

# SAMENVATTING

Exposure in vivo (EV) geldt sedert jaren als een tamelijk effectieve behandelmethode voor (paniekstoornis met) agorafobie. Toch zijn de resultaten niet optimaal. Het merendeel van de patiënten is, ook na een als geslaagd te beschouwen behandeling met EV, niet geheel klachtenvrij. Voor een substantieel aantal patiënten (ongeveer twintig procent) biedt EV zelfs geen enkele relevante verbetering.

Paniekmanagement (PM) geldt als een tamelijk effectieve behandelmethode voor paniekstoornis. Omdat de samenhang tussen paniek en agorafobie de laatste jaren meer wordt benadrukt in diagnostiek, werd gemeend dat deze samenhang wellicht ook meer tot uitdrukking zou moeten komen in de behandeling. Men vroeg zich af of PM meerwaarde zou hebben ten opzichte van EV in de behandeling van patiënten met paniekstoornis met agorafobie. Diverse onderzoeken door anderen hebben op dit punt tot uiteenlopende bevindingen geleid. Om deze redenen werd de vraag in het huidige onderzoek opnieuw onderzocht.

89 Patiënten met de diagnose paniekstoornis met agorafobie, die zich hadden aangemeld op vier verschillende behandelinstellingen, werden at random toegewezen aan twee behandelcondities. De ene conditie bestond uit elf zittingen door de patiënt zelf uitgevoerde EV, in de andere conditie werden acht zittingen zelf uitgevoerde EV vooraf gegaan door drie zittingen PM. Aan de hand van vier verschillende soorten uitkomstvariabelen werd vervolgens nagegaan of PM+EV inderdaad meerwaarde had ten opzichte van EV. Daarbij werd eerst getoetst of verschillen tussen de twee behandelmethodes statistisch significant waren. Vervolgens werd nagegaan hoe groot de effecten van beide methodes waren. Er waren drie meetmomenten. Zij vonden achtereenvolgens plaats kort voor aanvang van de therapie, na drie therapiezittingen en na elf therapiezittingen.

De uitkomsten zijn voor iedere uitkomstvariabele op twee manieren geanalyseerd. In de 'complete cases' strategie werden alleen die patiënten betrokken, van wie alle gegevens op een bepaalde uitkomstvariabele beschikbaar waren. Vervolgens werden in de 'intention to treat' strategie alle patiënten opgenomen die een eerste therapiezitting hadden gehad. 'Missing data' werden geschat met behulp van de methode van 'predicted mean matching'.

Er werd geconcludeerd dat PM geen duidelijke meerwaarde had ten opzichte van EV. Hoewel enkele tendensen werden gevonden, die zo'n meerwaarde suggereerden, werden deze geacht te gering te zijn in aan-

tal en te bescheiden in omvang, om PM+EV als superieur te beschouwen aan EV. Het viel op dat bij toepassing van de 'intention to treat' strategie iets meer tendensen werden gevonden ten faveure van PM+EV dan bij toepassing van de 'complete cases' strategie. Volgens de meeste maten voor het effect bleek de groep patiënten als geheel significant vooruit te zijn gegaan. Een uitzondering werd gevormd door de speciaal voor dit onderzoek ontwikkelde Gedragstest. De vooruitgang voor alle patiënten tezamen bleef op dit criterium achter ten opzichte van de vooruitgang op andere maten voor het effect. Dat gold zowel voor de 'complete cases' strategie als voor de 'intention to treat strategie'. Er werd verondersteld dat de Gedragstest te weinig sensitief is geweest en te vroeg in de behandeling werd afgenomen om vooruitgang te kunnen meten.

Naast de hypothese toetsende hoofdvraagstelling of PM meerwaarde had ten opzichte van EV, werden twee descriptief/exploratieve vragen onderzocht. In het eerste geval werd nagegaan hoe de samenhang zich tijdens de therapie ontwikkelde tussen het beloop van agorafobie en dat van comorbiditeit. Bij het beantwoorden van deze vraag werd onderscheid gemaakt naar behandelconditie.

Tussen agorafobie en depressiviteit bleek al vanaf het begin van de therapie een vrij hechte samenhang te bestaan, in de zin dat relatief veel agorafobie steeds samenhang met relatief veel depressiviteit. Er was weinig verschil tussen beide behandelcondities.

Ook tussen agorafobie en problemen in de partnerrelatie bleek een zekere samenhang te bestaan. Bij aanvang van de therapie en bij afsluiting ging relatief veel agorafobie samen met relatief veel problemen in de partnerrelatie. In EV leek de samenhang enigszins markanter te zijn dan in PM+EV. Ook bleek er, althans in EV, samenhang te bestaan tussen relatief veel partnerproblemen aan het begin en relatief veel agorafobie aan het einde van de therapie. Tenslotte was er, ook in EV, samenhang tussen relatief veel agorafobie aan het begin en relatief veel partnerproblemen aan het eind van de behandeling.

De tweede descriptief/exploratieve vraagstelling had betrekking op de samenhang tussen het beloop van agorafobie en dat van de kwaliteit van de therapeutische relatie. Ook bij het beantwoorden van deze vraag werd onderscheid gemaakt naar behandelconditie. Bovendien werd zowel het oordeel van patiënten over de kwaliteit van deze relatie in ogenschouw genomen als dat van therapeuten. Beide oordelen bleken in het begin van de behandeling onderling geen enkele samenhang te vertonen. Aan het eind van de therapie was deze samenhang matig. In het algemeen leek de samenhang tussen agorafobie en kwaliteit van de therapeutische relatie in PM+EV enigszins te verschillen van die in

EV. Een relatief goede therapeutische relatie ging in beide behandelcondities dikwijls samen met relatief weinig agorafobie. In PM+EV nam deze samenhang gedurende de therapie toe, voor zowel het oordeel van therapeuten als voor dat van patiënten. In EV nam de samenhang voor het oordeel van patiënten aan het eind juist af, terwijl deze voor therapeuten ongeveer gelijk bleef.

In het slothoofdstuk werd een aantal algemene conclusies getrokken en werden suggesties gedaan voor toekomstig onderzoek. Eén van de conclusies was dat PM in het huidige onderzoek wellicht te kort heeft geduurd en te weinig specifiek is geweest van karakter, om een mogelijk reëel bestaande meerwaarde van PM ten opzichte van EV te kunnen aantonen.

Mede op grond van de bevindingen omtrent de samenhang tussen agorafobie en comorbiditeit, werd verondersteld dat het zinvol zou kunnen zijn om behandelmethodes te ontwikkelen die specifiek zijn gericht op subgroepen binnen de agorafobische populatie.

Mede op grond van de bevindingen omtrent de samenhang tussen agorafobie en de kwaliteit van de therapeutische relatie, werd verondersteld dat het zinvol zou kunnen zijn om in behandelingen meer oog te hebben voor dit aspect van gedragstherapie. Aan het slot werden enkele zoekschema's gepresenteerd welke nuttig zouden kunnen zijn bij het concreet uitwerken van deze suggesties.



# SUMMARY

For quite some time exposure in vivo (EV) has been considered a rather effective intervention in the treatment of (panic disorder with) agoraphobia. Still the results of this intervention are not at their optimum. Even at the end of a successful therapy the majority of patients still has some agoraphobic symptoms. Moreover, for a substantial number of patients (about twenty percent) EV does not lead to any relevant gain. Panic control (PC) is considered a rather effective intervention when treating panic disorder. Because nowadays the relationship between panic and agoraphobia is emphasized in diagnostics, it was assumed that this relationship should also be emphasized in treatment. One wondered if PC would have any added value compared to EV in the treatment of panic disorder with agoraphobia. Several studies by other investigators have resulted in divergent findings. For these reasons the question was examined again in the present study.

89 Patients with the diagnosis panic disorder with agoraphobia, who had applied for out-patient treatment in four different therapeutic centers, were randomly assigned to two different treatment conditions. One treatment condition consisted of eleven sessions of self-directed EV. In the other treatment condition, eight sessions of self directed EV were preceded by three sessions of PC. Then, on the basis of four different outcome measures, it was examined if PC+EV was really superior to EV. Assessment took place at three moments: shortly before the beginning of treatment, after three sessions of therapy and after eleven sessions of therapy.

Results of each outcome measure were analysed in two ways. In a 'complete cases' strategy, only those patients were involved whose data on a particular outcome measure were available on all three moments of assessment. Then, in an 'intention to treat' strategy, all patients were involved who at least had completed the first session of therapy. Missing data were estimated by the method of 'predicted mean matching'.

It was concluded that PC did not have a clear added value compared to EV. Although some tendencies were found suggesting such an added value, these were considered too small both in number and size, to justify the conclusion that PC+EV would be superior to EV. It was remarkable that some more tendencies in favour of PC+EV were found in the 'intention to treat' strategy than in the 'complete cases' analysis.

According to the majority of outcome measures, all patients taken together had benefitted significantly from therapy. An exception was the Behavioural Avoidance Test (BAT), which was especially constructed for this study. By this criterion for effect, progress for all patients taken together was somewhat less than by the other outcome measures. This was true for both the 'complete cases' strategy and the 'intention to treat' strategy. It was believed that the BAT was not sensitive enough and was taken too early in the course of therapy to be able to measure progress.

Together with the question if PC would have added value compared to EV, a hypothesis-testing question, there were two descriptive/explorative questions. First it was examined how, during therapy, the connection developed between the course of agoraphobia and that of comorbidity. In answering this question the two treatment conditions were distinguished from each other.

From the very beginning of the therapy a rather strong connection appeared to exist between agoraphobia and feelings of depression. A comparatively great degree of agoraphobia was connected to relatively many feelings of depression. In this respect there was not much difference between the two treatment conditions.

Also a connection appeared to exist between agoraphobia and problems in the partner-relationship. Both in the early phase of the therapy and at the end, relatively much agoraphobia was connected to relatively many partner-relationship problems. In EV a connection existed between a high degree of agoraphobia at the start and a problematic partner-relationship at the end of treatment. Also a connection occurred between many problems in the partner-relationship at the beginning of EV and a high degree of agoraphobia at the end.

The second descriptive/explorative question to be investigated concerned the connection between the course of agoraphobia and that of the quality of the therapeutic relationship. Also when answering this question, the two treatment conditions were distinguished. Moreover, both the opinion of the patient about the quality of this relationship, and that of the therapist were considered. At the start of the therapy, both opinions appeared to have no mutual connection whatsoever. At the end of treatment the connection was moderate.

In general, the connection between agoraphobia and quality of the therapeutic relationship seemed to differ somewhat in each treatment condition. In both treatment conditions, a relatively good therapeutic relationship was connected to relatively little agoraphobia. In PC+EV however, the connection with both the opinion of the patients and that of the therapists became somewhat stronger during therapy. In EV, on



the other hand, the connection between agoraphobia and the opinion of the patients decreased during therapy, while it remained about the same as far as the opinion of the therapists was concerned.

In the final chapter some general conclusions were drawn and some suggestions were made with regard to studies to be done in the near future. One of these conclusions was, that in the present study PC might have been too short in length and too little specific in content, to demonstrate a possibly really existing added value of PC compared to EV.

Based, among others, on the findings concerning the connection between agoraphobia and comorbidity, it was suggested that it could be useful to develop treatment methods especially aimed at subgroups in the agoraphobic population.

Based, among others, on the findings concerning the connection between agoraphobia and the quality of the therapeutic relationship, it was suggested that it could be worthwhile to be more attentive to this aspect of behaviour therapy.

At the end of the final chapter some 'search-schemes' were presented that could be useful in the elaboration of these suggestions.



# BIJLAGE 1: CHECKLIST

## HYPERVENTILATIE-TEST

voor provocatie	herkend bij provocatie
<ul style="list-style-type: none"><li>- dood of tintelend gevoel in handen of voeten</li><li>- duizeligheid</li><li>- kortademigheid</li><li>- gevoel flauw te vallen</li><li>- hoofdpijn</li><li>- vermoeid gevoel</li><li>- paniekgevoelens</li><li>- nervositeit</li><li>- licht gevoel in het hoofd</li><li>- hartkloppingen</li><li>- transpireren</li><li>- misselijkheid</li><li>- bevende handen</li><li>- koude rillingen</li><li>- prop in keel</li><li>- moeite met praten</li><li>- gejaagd gevoel</li><li>- tintelend gevoel in gezicht of tong</li><li>- huilen</li><li>- spanning op borst</li><li>- droge mond</li></ul>	
A) score voor provocatie:	
B) score symptomen herkend bij provocatie:	
percentage herkend bij provocatie $A/B \times 100 =$	
quotient moet minimaal 70% zijn	
conclusie: HVS ja/nee	



## BIJLAGE 2: CONDITIE CONTROLE (CC)

1) In welke mate heeft u de opdrachten uitgevoerd?

1	2	3	4	5
nooit	soms	vaak	meestal	altijd

2) Hoe moeilijk was het om de opdrachten uit te voeren?

1	2	3	4	5
zeer moeilijk	moeilijk	beetje moeilijk	gemakkelijk	geen probleem

3) In welke mate hebben de oefeningen u geholpen om uw klachten te verminderen?

1	2	3	4	5
helemaal niet	een beetje	tamelijk veel	veel	heel veel

4) In hoeverre was de informatie in het stencil nieuw voor u?

1	2	3	4	5
helemaal nieuw	tamelijk nieuw	een beetje nieuw	tamelijk bekend	geheel bekend

5) In hoeverre dacht u, toen u het stencil had gelezen, dat de oefeningen u zouden helpen?

1	2	3	4	5
helemaal niet	een beetje	tamelijk veel	veel	heel veel



# BIJLAGE 3: PROTOCOLLEN VAN THERAPEUTISCHE INTERVENTIES

## 1 PROTOCOL UITLEG DIVERSE REGISTRATIES

### *1.1 Uitleg welke bij alle registraties wordt gegeven*

Wij vinden het heel belangrijk dat u gedurende het beloop van de therapie een aantal dingen heel precies bijhoudt. Dat heeft natuurlijk voor een deel te maken met het feit dat aan deze therapie een groot onderzoek is verbonden, maar zonder dat onderzoek zouden wij het net zo belangrijk vinden.

Ten eerste geeft een registratie preciese informatie over hoe u er voor staat. We weten dan of het de goede kant met u opgaat, of dat we bepaalde dingen in de behandeling moeten wijzigen omdat het niet goed genoeg gaat. De ervaring leert dat die informatie aan precisie wint wanneer de registraties meteen worden gemaakt. Dus niet 's avonds, of de volgende ochtend en helemaal niet vlak voor u naar de therapie toekomt, maar zo snel mogelijk nadat het te registreren gedrag zich heeft voorgedaan. Het klinkt allemaal een beetje schoolmeesterachtig misschien en u zult misschien ook wel zeggen of denken: "Ach, ik heb een goed geheugen en ik onthoud het wel allemaal". U moet dat toch niet doen. Behalve dat er namelijk toch wel eens iets bij inschiet, waardoor de informatie van de registraties minder accuraat wordt, hebben de registraties nog een heel ander doel, dat alleen maar goed werkt, wanneer u meteen registreert. Dat doel is dat de registraties er voor zorgen dat u voortdurend bezig bent met uw verbetering. Het overwinnen van angsten hangt erg samen met veel inzet. Door de registraties wordt uw inzet eigenlijk voortdurend geprikkeld.

Er zijn dus goed beschouwd twee redenen om meteen en precies te registreren: de best mogelijke informatie verschaffen en uzelf stimuleren om steeds bewust te zijn van waarmee u bezig bent. Kunt u daarmee accoord gaan?

## *1.2 Inhoudelijke uitleg van het invullen van de kolom 'opdracht'*

DEZE REGISTRATIE WORDT GEBRUIKT BIJ DE OPDRACHTEN

- EXPOSURE IN VIVO.
- HYPERVENTILATIE-PROVOCATIE
- ONTSPANNINGSOEFENINGEN
- ADEMHALINGSOEFENINGEN

### 1.2.1 EXPOSURE IN VIVO

We willen u vragen of u de komende periode steeds van te voren wilt aangeven hoe hoog u het angstniveau inschat waarop u gaat oefenen. Als u bijvoorbeeld de supermarkt gaat proberen en u denkt dat het angstniveau 5 zal zijn, vult u onder 'opdracht' supermarkt in en het getal 5.

Wanneer u de opdracht heeft uitgevoerd, willen wij u vragen om dan in te vullen hoe hoog de angst tijdens de oefening daadwerkelijk opliep. Dit cijfer moet dan in de kolom 'angst tijdens de opdracht' worden ingevuld. Op die registratie komen we straks. Is dit duidelijk genoeg voor u?

VERVOLGENS WORDEN VRAGEN BEANTWOORD.

We zullen steeds in de zitting afspreken op welk niveau u gaat oefenen. Het kan echter wel eens zo zijn dat u een bepaalde oefensituatie te hoog of te laag heeft ingeschat. Dat u, als u er voor staat denkt: 'Nou, die supermarkt is vandaag wel een 7 in plaats van een 5'. In zo'n geval gaat de inschatting van het moment altijd voor. U zult in zo'n geval dus meestal een andere situatie nemen om te oefenen die u op dat moment wel als een 5 inschat.

In het geval uw inschatting hier op de therapie te hoog bleek, dus als de supermarkt als u er voor staat een 3 blijkt te zijn, zult u ook meestal een andere situatie uitkiezen die op dat moment voor u wel een 5 is. De inschatting van het moment gaat dus altijd voor. Is dat begrijpelijk?

VERVOLGENS WORDEN VRAGEN BEANTWOORD.

Wat we u dus concreet willen vragen is om, voordat u een opdracht gaat uitvoeren, eerst in te vullen hoe hoog u de angst inschat die u tijdens de opdracht denkt te zullen ervaren. Na afloop vult u dan in hoe hoog de angst in feite is geweest.



## 1.2.2 HYPERVENTILATIE-PROVOCATIE

We willen u vragen iedere keer wanneer u de oefening doet dit in de kolom 'opdracht' aan te geven met de letters HV.

**LATER ZULLEN ER MEERDERE OPDRACHTEN TEGELIJK WORDEN OPgegeven. DEZE MOETEN OOK IN DE KOLOM 'OPDRACHT' WORDEN INGEVULD. HET IS GOED DAT DE THERAPEUT DAAR HIER AL OP WIJST.**

## 1.2.3 ADEMHALINGSOEFENINGEN

We willen u vragen iedere keer wanneer u de oefening doet dit in de kolom 'opdracht' aan te geven met de letters AO. Dat betekent dus dat op dat moment twee dingen in de kolom 'opdracht' genoteerd gaan worden: HV en AO.

## 1.2.4 ONTSPANNINGSOEFENINGEN

We willen u vragen om iedere keer wanneer u de oefening doet dit aan te geven in de kolom 'opdracht' met de letters OO. Dat betekent dus dat in de kolom 'opdracht' op dat moment drie dingen genoteerd gaan worden: HV, AO, en OO.

## *1.3 Inhoudelijke uitleg van het registreren van besteedde tijd in minuten*

**DEZE REGISTRATIE WORDT GEBRUIKT BIJ DE OPDRACHTEN:**

- HYPERVENTILATIE-PROVOCATIE
- ONTSPANNINGSOEFENINGEN
- ADEMHALINGSOEFENINGEN
- EXPOSURE IN VIVO

**DE INSTRUCTIE DIE DE THERAPEUT BIJ AL DEZE OPDRACHTEN GEEFT MET BETREKKING TOT HET REGISTREREN VAN DE BESTEEDEDE TIJD IS STEEDS DEZELFDE:**

We willen graag een goede indruk krijgen van de hoeveelheid tijd die u aan de opdrachten besteedt. Vandaar dat wij u willen vragen om bij elke opdracht die u uitvoert aan te geven hoe lang u ermee bent bezig geweest. Deze tijd in minuten kunt u aangeven in de kolom 'besteedde tijd in minuten'. Is dit duidelijk voor u?

## VERVOLGENS WORDEN VRAGEN BEANTWOORD.

### *1.4 Inhoudelijke uitleg van het registreren van paniekaanvallen buiten de opdracht*

Omdat paniekaanvallen, of op zijn minst de angst ervoor, bij u een grote rol spelen, willen we graag een totaal overzicht hebben van alle paniekaanvallen die zich tijdens de behandelperiode voordoen. Onder een paniekaanval verstaan we een situatie waarbij u zeer angstig bent en waarbij u het gevoel krijgt geen controle meer te hebben. Een situatie dus waarbij u niet goed meer weet wat u doet, of wat u moet doen. Wanneer u meent dat een dergelijke situatie zich heeft voorgedaan, wil ik u vragen dat zo spoedig mogelijk na de gebeurtenis op te schrijven op uw registratieformulier door middel van een turf. Wanneer zich op een dag meerdere paniekaanvallen zouden voordoen, moet u ook even zoveel turfjes per dag neerzetten. Is dat duidelijk genoeg voor u?

VERVOLGENS WORDEN MOGELIJKE VRAGEN BEANTWOORD. BIJ DE DEFINIËRING VAN WAT ONDER PANIEK MOET WORDEN VERSTAAN, SPELEN TWEE DINGEN EEN ROL. TEN EERSTE HET SUBJECTIEVE GEVOEL GEEN CONTROLE TE HEBBEN EN TEN TWEEDE DAT DIT GEVOEL DOOR DE PATIËNT OVER SITUATIES HEEN EENDUIDIG WORDT GEREGISTREERD.

HET BLIJKT NOG WEL EENS LASTIG TE ZIJN OM MENSEN UIT TE LEGGEN WAT VERSTAAN MOET WORDEN ONDER GEEN CONTROLE HEBBEN. EEN HULPMIDDEL KAN ZIJN OM HEN EEN RECENTE PANIEKAANVAL TE LATEN BESCHRIJVEN EN TE VRAGEN OM AAN TE GEVEN WAT HET TOT PANIEK MAAKTE EN NIET TOT ERGE ANGST. DE PUNTEN DIE DAN DOOR DE PATIËNT NAAR VOREN WORDEN GEBRACHT, KUNNEN WORDEN GEBRUIKT OM TOT EEN ZO EENDUIDIG MOGELIJK DEFINIËRING VAN EEN PANIEKAANVAL TE KOMEN. UITGANGSPUNT IS STEEDS DAT MEER BELANG MOET WORDEN GEHECHT AAN DE EENDUIDIGHEID VOOR DEZE PATIËNT OVER SITUATIES HEEN, DAN AAN DE OBJECTIEVE DEFINITIE VAN CONTROLEVERLIES.

## *1.5 Inhoudelijke uitleg van het registreren van angst tijdens de opdracht*

**DEZE REGISTRATIES MOETEN ALLEEN WORDEN INGEVULD TIJDENS DE VOLGENDE OPDRACHTEN:**

- EXPOSURE IN VIVO.
- HYPERVENTILATIE-PROVOCATIE
- OPROEPEN VAN PANIEK.

**BIJ ONTSPANNINGSOEFENINGEN EN ADEMHALINGSOEFENINGEN WORDT DEZE CATEGORIE REGISTRATIES DUS NIET INGEVULD.**

Wanneer u de komende periode deze oefeningen gaat doen, zult u merken dat u een zekere angst zult ervaren. Dat is ook de bedoeling. Dat klinkt misschien een beetje onaardig, maar ik meen het serieus. U bent namelijk in deze therapie bezig uw eigen angsten de baas te worden. Daarvoor is het dus nodig dat u uw angsten ook ervaart.

Anders wordt u hen alleen maar in theorie de baas en niet in de praktijk. En om dat laatste gaat het toch uiteindelijk.

Dat u tijdens de oefeningen een zekere angst zult ervaren is dus goed. U kunt dan oefenen om uw angst te reduceren. Wij willen graag van u weten hoe hoog de angst was die u tijdens de oefening ervaarde. Als die namelijk te laag was, betekent dat, dat we de volgende keer een stapje verder kunnen gaan. Als de angst te hoog was moeten we misschien een pas op de plaats maken, of misschien zelfs wel een stapje terug doen. Een goede registratie van de angst tijdens de opdracht is dus van groot belang. Voor die registratie gebruiken we een angstthermometer.

Die werkt als volgt: 1 is een lage angst die over het algemeen redelijk goed te tolereren valt; bij 2 is dat ook nog het geval, zij het dat het dan al iets moeilijker is; bij 3 is het weer iets moeilijker; enzovoort. Zo loopt de angstthermometer op tot 10, een cijfer dat zonder meer de ergste paniek betekent. Sommige mensen noemen echter ook 8 of 9 paniek.

Op die manier kunnen nog lagere waarden zelfs milde paniek worden genoemd. Of iets paniek is, heeft te maken met het feit of er wel of geen controlegevoel meer is. Kunt u zich dit voorstellen?

**VERVOLGENS WORDEN VRAGEN BEANTWOORD. VAAK IS HET VERSTANDIG OM DE PATIËNT TE VRAGEN OM ZIJN ANGST/ SPANNING VAN HET MOMENT VAN EEN CIJFER TE VOORZIEN. OOK EEN CIJFER LATEN GEVEN AAN EEN OF MEERDERE ANGSTSITUATIES KAN DE ANGSTTHERMOMETER BETER HANTEERBAAR MAKEN.**

De bedoeling is nu dat u iedere keer, meteen na afloop van de oefening een cijfer geeft aan het hoogste angstniveau dat u tijdens de oefening heeft bereikt. U moet dat cijfer invullen in de kolom 'angst tijdens de opdracht'. Wanneer u vindt dat het niet alleen om heftige angst ging, maar ook om paniek, vult u behalve het cijfer bij 'angst tijdens de opdracht' ook een turfje in bij de kolom 'paniek tijdens de opdracht'. Als u tijdens de opdracht helemaal niet angstig of gespannen werd, vult u een streepje in. De kolom 'angst tijdens de opdracht' heeft dus altijd een registratie wanneer u die dag een opdracht heeft uitgevoerd. Er staat òf een streepje wanneer de oefening totaal geen angst gaf, òf een cijfer van 1 (weinig angst) tot 10 (zeer heftige angst/paniek). Wanneer u tijdens de oefening paniek voelde, komt er een extra registratie bij in de vorm van een turfje in de kolom 'paniek tijdens de opdracht'. Een dergelijke registratie zal vanzelfsprekend alleen samengaan met hoge angstregistraties. Is dit voor u duidelijk?

## VERVOLGENS WORDEN VRAGEN BEANTWOORD.

### *1.6 Inhoudelijke uitleg van het registreren van de hoeveelheid medicatie*

We vinden het van belang dat we precies weten hoeveel medicatie u elke dag gebruikt. Dat is namelijk ook een belangrijke aanwijzing voor de toestand waarin u verkeert. We willen u dus vragen om dat elke dag in te vullen. Ook wanneer u altijd hetzelfde neemt. De bedoeling is dat u in de kolom 'medicatie' elke dag invult welke medicatie u heeft genomen en in welke dosering. Het gaat daarbij alleen om medicatie die u neemt om uw angst of onrust te beïnvloeden. Voor u is dat dus...

## VERVOLGENS WORDEN DE MIDDELEN BESPROKEN WAAROVER DE REGISTRATIE LOOPT. DIT ZIJN ALLE MIDDELEN DIE ALS EEN PSYCHOFARMACON KUNNEN WORDEN BESCHOUWD.

Heeft u hier vragen over?.

## VERVOLGENS WORDEN VRAGEN BEANTWOORD.

## 2 PROTOCOL PANIEKBESTRIJDING

### 2.1 Hyperventilatie-provocatie

Zoals u weet is er bij u vastgesteld dat u hyperventilatie heeft. Dat is vervelend omdat het aanleiding is voor paniekgevoelens. Maar er zit ook een goede kant aan. Hyperventilatie op zich is namelijk geheel ongevaarlijk en er bestaat een behandeling voor die in veel gevallen succes heeft. Die behandeling vraagt veel inzet van u, maar die inzet zal in veel gevallen de moeite waard blijken te zijn. Voordat ik u zal vertellen waaruit de behandeling zal bestaan, moet ik u eerst uitleggen wat hyperventilatie nu eigenlijk is.

Hyperventilatie wil zeggen dat u op een verkeerde manier ademhaalt. Dat kan op verschillende manieren het geval zijn. Sommige mensen ademen snel en oppervlakkig. Je kunt hen als het ware horen hijgen. Andere mensen ademen vrij gewoon, maar zuchten veel. Een aantal van die verkeerde ademhalingspatronen worden door de patiënt zelf of door de partner goed herkend. Bij andere mensen verloopt het hyperventileren onopvallend. De symptomen zijn echter voor niemand onopvallend. Die symptomen kunnen zijn:

- Benauwdheid.
- Kortademigheid.
- Duizeligheid of het gevoel flauw te gaan vallen.
- Hartkloppingen.
- Tintelingen in vingers of rond de mond.
- Zweten.
- Warm en koud gevoel.
- Angst om gek te worden.

Die laatste angst is niet zo gek wanneer je de eerder genoemde symptomen voelt. Toch zijn het symptomen van hyperventilatie en niet van gek worden.

Door het verkeerde ademhalingspatroon wordt er namelijk te veel koolzuur uitgeademd. CO<sub>2</sub> is de scheikundige formule. Als er te veel koolzuur wordt uitgeademd daalt de zuurgraad in het bloed. Wanneer die zuurgraad beneden een bepaalde kritische grens komt, gebeuren er in het lichaam vervelende dingen. Ongevaarlijke dingen maar, nogmaals, vervelende dingen. Het wordt extra vervelend, wanneer je van die verschijnselen schrikt. Dan ga je namelijk van schrik nog meer verkeerd ademen. En dat leidt tot nog meer hyperventilatie met nog meer verschijnselen. U komt, met andere woorden, in een vicieuze cirkel terecht. En daar gaan we iets aan doen.

Is het verhaal tot zover duidelijk voor u? Het staat overigens ook nog eens in een stencil dat ik u zo dadelijk zal meegeven. Dan kunt u het nog eens op uw gemak doorlezen.

## **VERVOLGENS BEANTWOORDT DE THERAPEUT VRAGEN ALS DIE ER ZIJN.**

Goed, ik zei u dus dat we er iets aan gaan doen. Tot nu toe heeft u in de greep van uw paniek geleefd. We gaan u nu leren hoe u greep op uw paniek kunt krijgen. Daarvoor is het dus nodig dat het koolzuurgehalte, of, als u wilt, het CO<sub>2</sub> niveau weer op het oude peil wordt gebracht. Dat gebeurt als volgt:

Ik ga u zo dadelijk vragen om snel en oppervlakkig te gaan ademen, ongeveer zo (THERAPEUT DOET HET VOOR). U roept dan dus eigenlijk een lichte hyperventilatie-aanval bij u zelf op. De bedoeling is om nu met behulp van een plastic zakje de hyperventilatie te blokkeren. Kijk, ik zal u voordoen hoe dat moet. (THERAPEUT DEMONSTREERT GEBRUIK PLASTIC ZAK EN LAAT DE PATIËNT HET ZELF OOK DOEN).

Door op deze wijze het plastic zakje te gebruiken, ademt u het teveel uitgedemde koolzuur weer in, waardoor het oude niveau weer wordt hersteld en de meeste van de verschijnselen kunnen verdwijnen. Begrijpt u de bedoeling?

## **VERVOLGENS BEANTWOORDT DE THERAPEUT VRAGEN. DE OEFENING WORDT ZWAAR MAAR ONGEVAARLIJK GENOEMD. HET LEREN CONTROLE KRIJGEN OVER HYPERVENTILATIE WORDT BENADRUKT.**

Goed, voordat we beginnen wil ik nog iets aan u vragen en wil ik nog iets met u afspreken. De vraag is of u zelf het plastic zakje wilt aanbrengen of dat u liever heeft dat ik en daarna uw partner het doet.

### **NA HET ANTWOORD:**

Goed dan moeten we nog afspreken wanneer u stopt met hyperventileren. Er zijn drie redenen om te stoppen en de plastic zak te gebruiken.

- Wanneer u alle verschijnselen te pakken heeft die bij een spontane aanval optreden.
- Wanneer u ondanks goed proberen geen nieuwe verschijnselen er meer bij gehyperventileerd krijgt.
- Wanneer u te bang wordt om verder te gaan.

Om bij dat laatste nog even stil te staan: Dit programma leert u controle te krijgen. Dat betekent dat u altijd de beslissingen neemt om te stoppen of door te gaan. Dat geldt voor de hele therapie. Angst voelen en lichte paniek is goed. Dan kun je oefenen om er controle over te krijgen. Zware paniek voelen is nooit goed. Dus dat moeten we ook tijdens de behandeling niet hebben. Is dat duidelijk?

**VERVOLGENS WORDT DE PATIËNT AANGESPOORD OM DE PROVOCATIE TE DOEN. DAARBIJ DOET DE THERAPEUT IN HET BEGIN EVEN MEE EN GEEFT INSTRUCTIES IN DE TRANT VAN: GOED ZO, MISSCHIEN NOG WAT SNELLER, ETC.**

**WANNEER DE PATIËNT AANGEEFT TE WILLEN STOPPEN, WORDT ONMIDDELLIJK HET PLASTIC ZAKJE AANGEBRACHT. TEKSTEN VAN DE THERAPEUT ZIJN DAN IN DE TRANT VAN: GOED ZO, RUSTIG AAN, NIETS AAN DE HAND, DE VERSCHIJNSELEN ZULLEN GELEIDELIJK AAN AFNEMEN. NEEM ER DE TIJD VOOR, ETC.**

**NA AFLOOP WORDT GEVRAAGD OF DE VERSCHIJNSELEN LEKEN OP WAT BIJ EEN ECHTE AANVAL WORDT GEVOELD. ALS DAT NIET ZO IS, WORDT GEVRAAGD OM DE OEFENING TOCH THUIS TE HERHALEN MAAR DAN MET EEN LANGERE PROVOCATIE TIJD.**

De bedoeling is nu dat u deze oefening elke dag thuis herhaalt. U moet namelijk wennen aan het gevoel van hyperventilatie en vooral aan het gevoel dat u er zelf greep op kunt hebben. Oefenen is dus van het grootste belang.

De volgende vraag is, hoe we dat zullen afspreken. Veel mensen vinden het prettig om een vast tijdstip af te spreken waarop de oefening, samen met de partner wordt gedaan. Vindt u dat ook prettig?

**VERVOLGENS WORDT EEN TIJDSTIP AFGESPROKEN WAAROP DE PROVOCATIE VIJF DAGEN PER WEEK ZAL WORDEN GEDAAN. WANNEER PATIËNTEN ZEGGEN ZELF PER DAG TE ZULLEN KIJKEN WANNEER HET OEFENEN HET BESTE UITKOMT, WORDT DIT GEACCEPTEERD. WEL WORDT GEWEZEN OP HET RISICO DAT DE OEFENING ZO VER VOORUIT WORDT GESCHOVEN DAT HET ER NIET MEER VAN KOMT.**

**WANNEER HET OEFENEN SAMEN MET DE PARTNER IS GEREgeld, WORDEN DE HUISWERKAFSPRAKEN VERDER VASTGESTELD. WAT HET HYPERVENTILEREN BETREFT ZIJN DIT:**

- **VIJF DAGEN PER WEEK SAMEN MET DE PARTNER PROVOCATIE.**

- REGISTRATIES VAN HET ANGSTNIVEAU TIJDENS DE OEFENING.
- ALTIJD EEN PLASTIC ZAKJE MEE.
- 'HV' INVULLEN IN RUBRIEK 'OPDRACHT'.

Tenslotte nog een paar opmerkingen:

Ook als u zelf het zakje wilt aanbrengen, raden wij aan dat de partner bij het oefenen aanwezig is. Dat kan angstrekkend werken. Soms gebeurt het wel eens dat mensen door deze oefening tijdelijk meer spontane paniekaanvallen krijgen. Dit is niet iets om u ongerust over te maken. Het betekent gewoon dat uw lichaam nog niet goed genoeg is ingesteld op het controleren van de hyperventilatie, terwijl er al wel met hyperventilatie wordt geoefend. Dit trekt later, als de controle toeneemt vanzelf bij. Overigens nemen de spontane paniekaanvallen bij de meeste mensen niet toe.

Het volgende sluit enigszins op het laatste punt aan. Wij willen dat u al uw energie gaat steken in het oefenen met hyperventilatie thuis. Spontane aanvallen kunnen we daar niet zo goed bij gebruiken. Voor de periode dat u thuis oefent, willen we de kans op spontane aanvallen minimaliseren. Wij willen u daarom vragen om, voor zover dat maar enigszins mogelijk is, situaties waarin u erg bang kunt worden voorlopig te vermijden. Als het zou kunnen (maar het kan natuurlijk niet) zouden wij u zelfs willen verbieden om drukke winkels en dergelijke in te gaan. Later in de behandeling zal dat natuurlijk veranderen.

**DE HANDLEIDINGEN 'PANIEKBESTRIJDING' (HYPERVENTILATIE) EN 'ONTSPANNINGSOEFENINGEN: BROCHURE VOOR DE PATIËNT' WORDEN UITGEDEELD.**

## *2.2 Paniekprovocatie (geen hyperventilatie)*

Een belangrijk probleem voor u is, dat u last heeft van paniekaanvallen. Niet alleen dat u ze heeft, maar u bent ook bang dat u ze zult krijgen. Daarom vermijdt u ook een aantal situaties. Omdat u bang bent daar een paniekaanval te krijgen.

Er zijn dus eigenlijk twee dingen die moeten gebeuren. Het ene is dat u leert om weer naar situaties te gaan waarvoor u bang bent. Maar daarvoor moet nog iets anders gebeuren. U moet uw angst voor paniekgevoelens zien kwijt te raken.

Gelukkig is dat in principe mogelijk. Wij hebben namelijk een oefenprogramma dat weliswaar zwaar is, maar dat goede mogelijkheden biedt om uw paniekgevoelens onder controle te krijgen.



Dat programma bestaat uit twee onderdelen. Eerst gaan wij u ontspanningsoefeningen leren. Wij zullen daarbij gebruik maken van een cassette recorder. De oefening zullen we zo dadelijk op een bandje opnemen. Daarna zal ik u leren hoe u de ontspanningsoefeningen kunt gebruiken om uw paniekgevoelens onder controle te krijgen.

VERVOLGENS VRAAGT DE THERAPEUT OF DE PATIËNT ERVARING HEEFT MET ONTSPANNINGSOEFENINGEN EN ZO JA MET WELKE. DAARNA WORDT GEZEGD DAT HIER DE ZELFSUGGESTIEVE METHODE ZAL WORDEN GEBRUIKT. HET BELANG VAN EEN GOEDE ONSPANNINGSTECHNIEK WORDT ONDERSTREEPT ZONDER DAT HET TOT EEN WONDERMIDDEL WORDT VERHEVEN.

### ZELFSUGGESTIEVE - METHODE : ZIE PROTOCOL<sup>1</sup>.

U heeft nu het eerste deel van het paniekcontroleprogramma achter de rug. De volgende stap zullen we er meteen achteraan zetten.

Die volgende stap houdt in dat u de ontspanningstechniek gaat gebruiken bij paniekgevoelens. Daarvoor gebruiken we in eerste instantie geen echte paniek, maar zelfopgeroepen paniek. Ik zal u zo dadelijk vragen bij u zelf een aantal paniekgevoelens op te roepen. Dat is mogelijk. Vervolgens, als u die paniekgevoelens hebt, kunt u ze met behulp van de ontspanningsoefeningen weer laten afnemen. Op die manier leert u geleidelijk aan om controle over uw paniek te krijgen.

Overigens staat de oefening in een handleiding die ik u straks zal meegeven. U kunt dat dan thuis nog eens rustig overlezen. Datzelfde geldt voor de instructie over de ontspanningsoefeningen.

Ik zal u eerst uitleggen hoe u bij uzelf het paniekgevoel kunt oproepen. U gaat in de stoel zitten en sluit zo dadelijk uw ogen. Vervolgens gaat u zich concentreren op het gevoel van paniek. U kunt bijvoorbeeld op uw hartslag gaan letten, of u kunt zich misschien voorstellen dat u duizelig wordt en misschien gaat flauwvallen. Sommige mensen helpt het om zich voor te stellen dat zij in een drukke bus zitten die vast zit in een file. Of iets dergelijks. Waar het om gaat is dat u mag denken en doen wat u wilt als u er maar een aantal paniekgevoelens mee te pakken krijgt. Wanneer u namelijk controle krijgt over opgeroepen paniek, is

<sup>1</sup> Voor de ontspanningsoefeningen is gebruik gemaakt van het bestaande protocol 'de zelfsuggestieve methode' (Grol & Orlemans, 1979). Dit protocol is niet apart in deze bijlage opgenomen. Dezelfde ontspanningsoefeningen waren ook onderdeel van PM bij patiënten met het HVS.

het later des te gemakkelijker om controle over spontane paniek te krijgen. Is dit duidelijk?

## **VERVOLGENS WORDEN VRAGEN BEANTWOORD.**

Goed. Wanneer u zo dadelijk de paniekgevoelens te pakken heeft, geeft u mij een teken met uw hand. U stopt dan met de gedachtes en gaat u concentreren op rust en ontspanning. Ik zal u daarbij begeleiden. Trouwens, dat zal ik ook doen bij het oproepen van de paniekgevoelens. Wanneer de paniek is verminderd, geeft u mij weer een teken met uw hand. Dan kunt u weer opnieuw paniekgevoel op gaan roepen. En daarna geeft u weer een teken als u het te pakken heeft. Op die manier gaat u zo'n 15 minuten door. Dan is de oefening afgelopen. Hoe vaak u paniek oproept en weer laat zakken, hangt dus een beetje van u af.

## **VERVOLGENS WORDEN VRAGEN BEANTWOORD.**

Voordat we beginnen moet ik nog één ding met u afspreken. Dat is op welk moment u mij een teken geeft dat u de paniekgevoelens te pakken heeft. Er zijn drie redenen om dat teken te geven:

- Wanneer u alle paniekgevoelens die u normaal ervaart nu ook voelt.
- Wanneer u ondanks goed proberen niet meer paniekgevoel kunt oproepen.
- Wanneer u te angstig wordt om nog meer paniekgevoel op te roepen.

Over dat laatste punt wil ik nog wat zeggen. Zoals u weet gaat het om een programma waarin u gaat leren weer greep op uw angsten te krijgen in plaats van andersom, zoals het nu is. Dat betekent dat u altijd degene bent die beslist of iets gebeurt of juist niet gebeurt. Dat geldt ook voor het oproepen van paniekgevoel.

Het ervaren van angsten is goed voor de therapie. Dan kunt u oefenen om er controle over te krijgen. Het hebben van erge paniek is nooit goed. Ook niet in de therapie.

**VERVOLGENS WORDT DE OEFENING GEDAAN. DE THERAPEUT MAAKT BIJ DE OPROEPFASE GEBRUIK VAN TEKSTEN ALS: LAAT DIE PANIEK MAAR KOMEN, STEL HET JE MAAR VOOR, EEN BONZEND HART, NIEMAND IN DE BUURT OM JE TE HELPEN, JE KUNT NIET WEG.**

**BIJ DE ONTSPANFASE WORDEN DINGEN GEZEGD ALS: RUSTIG AAN MAAR WEER, NIETS AAN DE HAND, LET OP EEN ONTSPAN-**

## **NEN GEVOEL, GEEN REDEN VOOR PANIEK, ER KAN NIETS GEBEUREN.**

De bedoeling is nu dat u thuis met deze oefening aan de gang gaat, samen met uw partner. U moet deze oefening vijf keer per week doen. In het begin is het belangrijk dat uw partner aanwezig is. Dat kan angstmakend werken. Wanneer u het bandje met de ontspanningsoefeningen gebruikt, kan uw partner het apparaat aanzetten op uw teken. U kunt echter ook proberen om het paniekgevoel zelf te laten afnemen. U heeft het bandje dan niet nodig. Ik zou u echter wel aanraden om het zeker de eerste keren bij de hand te hebben.

Veel mensen vinden het prettig om vooraf vast te leggen op welke tijdstippen de oefening wordt gedaan. Vindt u dat ook prettig?

**VERVOLGENS WORDT EEN TIJDSTIP AFGESPROKEN WAAROP DE PROVOCATIE VAN PANIEK VIJF DAGEN PER WEEK ZAL WORDEN GEDAAN. WANNEER PATIËNTEN ZEGGEN ZELF PER DAG TE ZULLEN KIJKEN WANNEER HET OEFENEN HET BESTE UITKOMT, WORDT DIT GEACCEPTEERD. WEL WORDT GEWEZEN OP HET RISICO DAT DE OEFENING ZO VER VOORUIT WORDT GESCHOVEN DAT HET ER NIET MEER VAN KOMT. WANNEER HET OEFENEN SAMEN MET DE PARTNER IS GERE-GELD, WORDEN DE HUISWERKAFSPRAKEN VERDER VASTGE-STELD. WAT HET OPROEPEN VAN DE PANIEK BETREFT ZIJN DIT:**

- VIJF DAGEN SAMEN MET DE PARTNER GEDURENDE VIJF-TIEN TOT TWINTIG MINUTEN OPROEPEN VAN PANIEK-GEVOEL.**
- ELKE DAG ONTSPANNINGSOEFENINGEN DOEN.**
- REGISTRATIES VAN HET ANGSTNIVEAU.**

Tenslotte nog een paar opmerkingen:

Soms gebeurt het wel eens dat mensen door deze oefeningen tijdelijk meer spontane paniekaanvallen krijgen. Dit is niet iets om u ongerust over te maken. Het betekent gewoon dat uw lichaam nog niet goed genoeg is ingesteld op het controleren van het paniekgevoel, terwijl er al wel met het oproepen van het paniekgevoel wordt geoefend. Dit trekt later, als de controle toeneemt, vanzelf bij. Overigens nemen de spontane paniekaanvallen bij de meeste mensen niet toe.

Het volgende sluit enigszins op het laatste punt aan. Wij willen dat u al uw energie gaat steken in het oefenen met paniekprovocaties thuis.

Spontane aanvallen kunnen we daar niet zo goed bij gebruiken. Voor de periode dat u thuis oefent, willen we de kans op spontane aanvallen minimaliseren. Wij willen u daarom vragen om, voor zover dat maar enigszins mogelijk is, situaties waarin u erg bang kunt worden voorlopig te vermijden. Als het zou kunnen (maar het kan natuurlijk niet) zouden wij u zelfs willen verbieden om drukke winkels en dergelijke in te gaan. Later in de behandeling zal dat natuurlijk veranderen.

**DE HANDLEIDINGEN 'PANIEKBESTRIJDING (GEEN HYPERVENTILATIE)' EN 'ONTSPANNINGSOEFENINGEN: BROCHURE VOOR DE PATIËNT' WORDEN UITGEDEELD.**

### **3    PROTOCOL ADEMHALINGSOEFENINGEN**

De afgelopen periode is het u duidelijk geworden dat hyperventilatie te maken heeft met uw ademhaling. Door de provocaties en het afbreken ervan heeft u geleerd wat u in noodgevallen bij een aanval moet doen. We raden u echter aan de plastic zak inderdaad alleen bij noodgevallen te gebruiken. Er zijn andere manieren om een aanval te onderbreken, of zelfs te voorkómen. Deze manieren hebben te maken met de manier van ademen. Vandaag wil ik één van die manieren met u bespreken. De bedoeling is weer dat ik u hier uitleg hoe één en ander in zijn werk gaat en dat u dan thuis elke dag met de ademhalingsoefeningen aan de slag gaat. Zal ik u eens uitleggen hoe dat gaat?

#### **VRAGEN EN OPMERKINGEN WORDEN BEANTWOORD.**

Belangrijk bij de ademhaling is dat hij rustig is en via de buik verloopt. Als u zo ademhaalt, is de kans op hyperventilatie klein. Ook kunt u met de buikademhaling een aanval goed onderbreken. Meestal is daar wel enige oefening voor nodig.

Ademhalingsoefeningen zijn voor sommige mensen met hyperventilatie wel eens lastig. Een goede ademhaling verloopt immers als vanzelf, zonder dat je er op hoeft te letten. Bij ademhalingsoefeningen moet je er echter wel op letten. Daar zijn het oefeningen voor. Hierdoor raken sommige mensen wel eens een beetje in de war met hun ademhaling als ze beginnen met de oefeningen. Toch is het ook dan verstandig om door te gaan met de oefeningen. Na verloop van tijd, werpen ze bijna altijd vruchten af.

Ik zal u de oefening eens voor doen. Kijk, ik leg mijn hand op mijn buik, dan kan ik goed voelen of ik adem via mijn buik. Als ik nu inadem, zet mijn buik uit, kijkt u maar. En als ik uitadem, wordt mijn buik weer plat.

## DE THERAPEUT DEMONSTREERT HIER DE BUIKADEMHALING.

Probeert u het ook eens.

VERVOLGENS LEGT DE THERAPEUT UIT HOE DE BUIKADEMHALING BIJ DE PATIËNT WERKT. ER WORDT NET ZO LANG DOORGEGAAN TOTDAT DE BUIKADEMHALING ER ENIGSZINS INZIT. BIJ HARDNEKKIGE GEVALLEN KAN DE THERAPEUT VRAGEN OF DE PATIËNT OP DE BUIK WIL GAAN LIGGEN. OP DEZE MANIER LUKT DE BUIKADEMHALING ALTIJD.

Nu moet de ademhaling niet alleen via de buik gaan, maar hij moet ook rustig zijn. Daarvoor moet er rustig worden geteld. Dat gaat zo. Ik adem in via de neus, 21, 22, 23 en ik adem rustig uit via de mond, 24, 25, 26. Als ik heb uitgeademd, neem ik een tel rust, 27 en ik begin opnieuw: 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27.

## DE THERAPEUT DEMONSTREERT HIERBIJ MET DE HAND OP DE BUIK DE BUIKADEMHALING.

Probeert u het ook eens.

WANNEER HET DE PATIËNT REDELIJK LUKT, ZEGT DE THERAPEUT:

Kijk, om het helemaal goed in de gaten te kunnen houden, legt u uw andere hand boven op uw borst. Zo. (DEMONSTREERT). De hand op de buik moet nu regelmatig op en neer gaan, die op de borst moet stil blijven liggen. De hele oefening ziet er dus zo uit.

VERVOLGENS WORDT DE OEFENING NOG EENS GEDEMONSTREERD, WAARBIJ DE PATIËNT MEEDOET.

Het is nu de bedoeling dat u deze oefening ongeveer vijf minuten doet. Dat moet u dan twee of drie keer per dag doen. In het begin is dat misschien lastig, maar als u goed volhoudt, zal het u lukken de buikademhaling in uw macht te krijgen. Alles staat ook in de brochure 'Paniekbestrijding' beschreven. Denkt u dat dit mogelijk is?

VERVOLGENS WORDEN VRAGEN BEANTWOORD.  
TENSLOTTE WORDT ER OP GEWEZEN DAT IN DE RUBRIEK 'OPDRACHT' 'AO' MOET WORDEN INGEVULD EN DE TIJD DIE AAN DE OEFENING IS BESTEED.

#### **4    PROTOCOL EXPOSURE IN VIVO**

Vandaag zullen wij een begin gaan maken met de behandeling van de angstklachten waarvoor u bij ons bent gekomen. Daarvoor is het nodig dat ik u eerst uiteen zet hoe wij hier tegen uw klachten aankijken. De behandeling die u hier krijgt zal namelijk rechtstreeks voortvloeien uit onze kijk op uw problemen. Vindt u het goed als ik daar eerst iets over zeg?

#### **WANNEER DE PATIËNT ACCOORD IS GAAT DE THERAPEUT VERDER.**

Uw probleem heeft twee kanten: namelijk angst en vermijding. En die twee hangen nauw met elkaar samen. Dat u bepaalde situaties vermijdt omdat u bang bent, is duidelijk. Toch is het ook zo dat u bang bent omdat u bepaalde situaties vermijdt. Wanneer iemand namelijk stelselmatig situaties uit de weg gaat omdat hij denkt dat het eng is om in die situatie te zijn, zal de angst voor die situatie vaak toenemen. Door de vermijding vindt er namelijk geen correctie meer plaats van de angst. Dus als u bijvoorbeeld een aantal keren angstig bent geweest in de bus (DE THERAPEUT NEEMT HIER EEN SITUATIE DIE VOOR DEZE PATIËNT VAN TOEPASSING IS), en daarom niet meer met de bus gaat, weet u eigenlijk nooit of uw angst voor de bus nog wel terecht is. Per slot van rekening gaan er duizenden mensen met de bus zonder dat hen iets ernstigs overkomt. Echt gevaarlijk kun je de bus dus niet noemen. Dat zult u met mij eens zijn. Doordat u vermijdt om met de bus te gaan, blijft u de bus dus griezelig vinden. De angst neemt dus niet af, maar blijft, of kan zelfs erger worden. Dat vermijding angst in stand houdt, is één kant van de zaak. Kunt u dat met mij eens zijn?

#### **DE THERAPEUT WACHT HIER OF DE PATIËNT OF DE PARTNER VRAGEN OF OPMERKINGEN HEEFT. DEZE WORDEN BEANTWOORD.**

Een tweede belangrijk punt is dat de angst zich vaak opbouwt. Als u bijvoorbeeld een aantal keren bang bent geweest in een bepaalde situatie, zoals de bus, dan zult u de volgende keer dat u met de bus gaat al gespannen zijn. U zult dan iets denken in de trant van: "O, als ik nu maar niet weer angstig en paniekerig wordt". Die gedachte op zich geeft al spanning. Wanneer u zich deze spanning bewust wordt, zult bijvoorbeeld denken: "Zie je wel, daar heb je het al. Ik word angstig. Dat houd ik nooit vol. Dit gaat mis". U kunt zich voorstellen dat op deze manier de angst voor de bus ook steeds groter wordt. Er ontstaat angst voor de angst.

## **HIER WORDT WEER EVEN GEWACHT OF ER VRAGEN OF OPMERKINGEN TE BEANTWOORDEN ZIJN.**

Deze twee punten (vermijding die de angst in stand houdt en de opbouw van angst) staan centraal in de behandeling die u gaat krijgen. We gaan in deze behandeling in de eerste plaats afspraken met u maken, om stap voor stap uw vermijdingsgedrag op te geven. Met andere woorden, we gaan u vragen om situaties die u nu nog uit angst vermijdt, geleidelijk aan weer op te gaan zoeken bij wijze van oefening. Dit zal op een systematische wijze gebeuren met kleine stappen. U bent degene die steeds het tempo en de grootte van de stappen bepaalt. Wij zullen dus zo dadelijk een hiërarchie gaan maken van situaties die oplopen in moeilijkheidsgraad. De eerste stappen van die hiërarchie zullen voor u weliswaar lastig zijn, maar nog niet zo moeilijk dat u ze onmogelijk kunt doen. De laatste stappen in de hiërarchie zullen op dit moment voor u nog te zwaar zijn. Maar, naarmate u meer geoefend heeft met eerdere stappen in de hiërarchie, zullen ook de laatste stappen steeds meer binnen uw bereik komen. Dat wat betreft het eerste punt, het geleidelijk aan doorbreken van de vermijding. Het tweede punt, het omgaan met de opbouw van angst, zal ik hierna met u bespreken. Eerst wil ik u vragen of u de gedachtengang tot nu toe kunt volgen en of u het er mee eens kunt zijn.

## **ER VOLGT WEER GELEGENHEID VOOR VRAGEN EN COMMENTAAR.**

Dan de opbouw van angst. Ik zei u al dat angst zich opbouwt. Bij u is het zo dat als u voelt dat angst zich begint op te bouwen, dat u dan uw zelfvertrouwen verliest en dat u de neiging heeft de situatie te ontvluchten of zelfs te vermijden. U bent immers bang dat het nog veel erger zal worden en dat u de controle gaat verliezen. Ik wil proberen dit uit te leggen met behulp van een tekening.

**DE THERAPEUT TEKENT VERVOLGENS EEN EXTINGTIECURVE. HIJ LEGT UIT DAT AANGELEERDE ANGST VANZELF UITDOOFT WANNEER ER GEEN VERMIJDING EN DUS CONFRONTATIE MET DE GECONDITIONEERDE STIMULI OPTREEDT. VERVOLGENS WORDT EEN CURVE BESPROKEN WAARBIJ WEL VERMIJDING OPTREEDT EN WAARBIJ DUS GEEN UITDOVING TE ZIEN VALT.**

U ziet dus dat het er om gaat dat u angst ervaart in de situatie die u gaat betreden. Als u dan niet in paniek wegvlocht, maar lang genoeg in de situatie blijft zult u merken dat uw angst vanzelf zal afnemen. En dat is een heel belangrijk moment. Dan heeft u namelijk een beetje

terrein teruggewonnen op uw angsten. Vervolgens kan een iets moeilijker situatie op dezelfde wijze worden aangepakt. Die zult u dan gemakkelijker aankunnen dan daarvoor, omdat uw zelfvertrouwen is toegenomen en omdat u nu zelf ervaren heeft dat angst afneemt als je er niet voor op de loop gaat.

Op deze manier zult u de gehele hiërarchie kunnen doorlopen. Voordat ik u ga vragen of u op deze wijze de behandeling wilt volgen wil ik twee opmerkingen maken die van belang zijn:

- Een dergelijke behandeling moet een zeker tempo houden. De stappen die u gaat zetten moeten dus niet al te klein zijn.  
Het ervaren van angst is namelijk een belangrijk onderdeel van het geheel. U kunt dan namelijk ervaren hoe het is als uw angst gaat afnemen.
- De stappen moeten echter niet al te groot zijn. Bij te grote stappen bestaat het gevaar van te grote paniekaanvallen.  
Hoewel ook die paniekaanvallen afnemen, wanneer je maar lang genoeg in de gevreesde situatie blijft, zijn wij geen voorstander van een dergelijke manier van therapie. Het belangrijkste vinden wij dat u te allen tijde zelf de controle blijft houden over de situatie. Bij paniek is dat niet het geval. Dus dat moeten we niet hebben. Dat betekent dat ik met u zal afspreken dat u door de behandeling niet in te grote paniek mag raken. Zodra dat wel mocht gebeuren, betekent dat, dat we een te grote stap in de hiërarchie hebben gezet. U moet dan bij de volgende oefeningen een stap terug doen. In een latere fase van de behandeling zult u de situatie waarin u paniek kreeg opnieuw kunnen oefenen.

Heeft u hierover vragen?

## **VERVOLGENS WORDEN VRAGEN BEANTWOORD.**

Dan moeten wij nu beginnen met het opstellen van een hiërarchie.

### **VOOR HET OPSTELLEN VAN EEN HIËRARCHIE WORDT VERWENZEN NAAR HET DESBETREFFENDE PROTOCOL: PROTOCOL VOOR HET OPSTELLEN VAN EEN HIËRARCHIE.**

We hebben nu een aantal stappen van uw angsthiërarchie vastgelegd. Nu moeten we een afspraak maken op welk niveau van de hiërarchie u wilt gaan oefenen. Daarbij is de keus aan u. U moet dus een niveau nemen dat voldoende angst oplevert om te kunnen oefenen met het laten afnemen van angst door in de situatie te blijven. Aan de andere kant moet het angstniveau weer zo laag zijn dat u de situatie wel durft in te gaan.



Als u nu eens van deze uitgangspunten vertrekt en u bekijkt uw voorlopige hiërarchie eens, welke situaties, welk angstniveau zou zich nu het beste lenen voor de komende oefenperiode?

**VERVOLGENS WORDEN AFSPRAKEN GEMAAKT OVER HET NIVEAU WAAROP DE KOMENDE WEEK GEOEFEND GAAT WORDEN. DE REGISTRATIES DIE DAAROVER MOETEN WORDEN BIJGEHOUDEN WORDEN TOEGELICHT. OOK WORDEN DE BROCHURES “EXPOSURE IN VIVO” “PATIËNT-VERSIE” EN “PARTNER-VERSIE” MEEGECEVEN.**

## **5    PROTOCOL VOOR HET OPSTELLEN VAN EEN HIËRARCHIE**

Ik heb u al gezegd dat het doorbreken van uw vermijdingsgedrag een belangrijk onderdeel van deze therapie zal zijn. Om op een zo verantwoord mogelijke manier uw vermijdingsgedrag te verminderen moeten we eerst een overzicht maken van de situaties welke u meer en welke u minder angstig vindt. Op deze manier kunnen we een angsthiërarchie opstellen die van weinig angst naar heel veel angst loopt. We zullen daarbij gebruik maken van de zogenaamde angstthermometer die loopt van 1 (dat is enige angst) tot 10 (dat is maximale angst). We zullen daarbij steeds uitgaan van situaties die u in uw dagelijks leven weer wilt proberen te bereiken. Zolang u dus geen ambities heeft om bijvoorbeeld een vliegreis naar Australië te maken, zullen wij dergelijke situaties niet in uw hiërarchie opnemen. Zullen we eens beginnen?

### **MOGELIJKE VRAGEN WORDEN BEANTWOORD.**

Goed, het eerste dat ik moet weten is: Welke situatie zou u op dit moment het moeilijkste vinden om te doen. Met andere woorden welke angstsituatie zou bovenaan op uw angsthiërarchie komen. Een situatie met een 10 dus.

**VERVOLGENS WORDT GEWACHT OP EEN REACTIE VAN DE PATIËNT. ALS DEZE EEN SITUATIE NOEMT ANTWOORDT DE THERAPEUT:**

Zou u dat het moeilijkste vinden? Dan noemen we dat situatie 10.

**VERVOLGENS WORDT DE GENOEMDE SITUATIE OP EEN KAARTJE GESCHREVEN EN VAN HET CIJFER 10 VOORZIEN. ALS DE PATIËNT OF DE PARTNER NIET ZO SNEL EEN SITUATIE WETEN TE NOEMEN ZEGT DE THERAPEUT:**

Stelt u zich nu eens voor dat ik u de keuze zou geven tussen een ritje in de bus of een boodschap doen bij de bakker samen met uw man. Welke situatie zou u dan kiezen (DE THERAPEUT GEBRUIKT HIER ZOVEEL MOGELIJK SITUATIES DIE OP DEZE PATIËNT VAN TOEPASSING ZIJN). NADAT DE PATIËNT EEN KEUZE HEEFT GEMAAKT, VRAAGT DE THERAPEUT OF DE PATIËNT ZICH EEN SITUATIE KAN VOORSTELLEN DIE HIJ NOG MOEILIJKER ZOU VINDEN DAN DE SITUATIE DIE HIJ ZOJUIST ALS MOEILIJKSTE AANWEEST. OP DEZE WIJZE WORDT DOORGEGAAN TOTDAT EEN SITUATIE 10 OP EEN KAARTJE KAN WORDEN GESCHREVEN.

Nu komt de volgende stap. Wat zou een situatie zijn die op niveau 1 zou passen. Een situatie dus, die u moeilijk zou vinden, die een bepaalde angst bij u op zou roepen, maar die u nog wel zou aandurven?

**VERVOLGENS WACHT DE THERAPEUT OP EEN REACTIE VAN DE PATIËNT. ALS DEZE EEN SITUATIE HEEFT GENOEMD, VRAAGT DE THERAPEUT:**

Is dat de eenvoudigste ‘moeilijke situatie’ die u zich kunt voorstellen?

**HIERNA WORDT DE SITUATIE DIE DE PATIËNT UITEINDELIJK ALS 1 BENOEMT OP EEN KAARTJE GENOTEERD EN LINKS VAN KAARTJE 10 VOOR DE PATIËNT NEERGELEGD.**

Kunt u nog meer situaties noemen die min of meer onder angstniveau 1 vallen?

**PATIËNT EN PARTNER WORDEN VERVOLGENS GESTIMULEERD OM EEN AANTAL SITUATIES TE GENEREREN DIE OP NIVEAU 1 PASSEN.**

Zou u nu eens een situatie, of nog liever een aantal situaties willen noemen die iets moeilijker zijn, die dus bijvoorbeeld moeilijkheidsgraad 2 hebben?

**NADAT DE SITUATIES 2 ZIJN OPGESCHREVEN EN NEERGELEGD WORDT DEZELFDE PROCEDURE HERHAALD BIJ ANGST-NIVEAU 3.**

We hebben nu het hoogste angstniveau vastgelegd en de drie laagste niveaus. Dat is voldoende voor dit moment. Het is trouwens heel goed mogelijk dat u in de loop van de tijd nieuwe situaties bedenkt, of dat u merkt dat u bepaalde situaties te hoog, of juist te laag heeft ingeschat. Dat is geen enkel probleem, want we zullen de hiërarchie steeds kunnen herzien en aanvullen.

**VERVOLGENS WORDT VERDERGEGAAN MET DE BESPREKING VAN DE EXPOSURE IN VIVO INSTRUCTIE VOOR CONDITIE EV. PATIËNTEN IN CONDITIE PM+EV KRIJGEN DE VOLGENDE HUISWERKINSTRUCTIE MEE:**

Wilt u voor de volgende keer thuis nog eens goed nadenken over de hiërarchie. We willen graag per angstniveau zoveel mogelijk situaties hebben. Dat geeft u meer vrijheid bij het oefenen. Vijf of zes situaties die zich lenen voor dagelijks oefenen zullen over het algemeen ruim voldoende zijn per angstniveau. Ook als u ontdekt dat bepaalde situaties op het verkeerde angstniveau zijn terecht gekomen, hoop ik dat volgende keer van u te horen. We zullen de hiërarchie dan bijstellen.

**OP VERGELIJKBARE WIJZE ALS IN DIT PROTOCOL BESCHREVEN, ZULLEN IN EEN LATERE FASE VAN DE THERAPIE DE ONTBREKENDE ANGSTNIVEAUS WORDEN INGEVULD, ALS DE PATIËNT DAARAAN ZOU TOEKOMEN.**

## **6    PROTOCOL VOOR HET 'TE VEEL-TE WEINIG' PRINCIPE**

Gedurende deze therapie zullen wij u regelmatig vragen om dingen te doen die u moeilijk vindt. Zoals wij hier zitten, weten we allemaal dat die dingen goed voor u zijn. Ze helpen u om over uw klachten heen te komen. Wat wij u vragen te doen, zal ook in het algemeen uitvoerbaar voor u zijn. Per slot van rekening beslist u zelf altijd in laatste instantie of een afspraak al dan niet wordt gemaakt. Wij gaan er ook vanuit dat u steeds uw best zult doen om de gemaakte afspraken na te komen. Toch leert de ervaring dat het ook dan nog wel eens kan vóórkomen dat de neiging gaat ontstaan om terug te vallen in het oude vermijdingsgedrag. Dat is jammer, want het doet de inspanningen die tot dan toe gedaan zijn teniet. Dat is één ding.

Dan is er nog iets. Veel mensen komen door hun klachten niet (meer) toe aan bepaalde dingen die in het leven noodzakelijk of prettig zijn. Zo komt het nog wel eens voor dat er voor de partner van de patiënt te weinig aandacht is. Dat kan komen omdat de aandacht erg gericht is op de klachten en op manieren om er vanaf te komen. Of er worden minder leuke dingen met de kinderen gedaan. Of het bezoek aan vrienden en kennissen schiet er bij in. Dat is jammer voor degene die tekort komt, maar ook voor de patiënt zelf. Sommige patiënten krijgen namelijk schuldgevoelens. Die denken dan dingen als: "Ik zou toch eigenlijk de kinderen eens wat vaker moeten voorlezen", of: "We zouden toch weer eens die of die moeten uitnodigen".

Ook blijven er nog wel eens klussen in huis liggen vanwege de angsten. De patiënt komt er gewoon niet meer aan toe om de keukenkast eens goed uit te soppen, terwijl dat wel nodig zou zijn. Iedere keer wanneer die keukenkast wordt gezien, ontstaat wel ergernis over het feit dat er maar steeds niets aan wordt gedaan. Die schuldgevoelens of ergernis zijn niet bevorderlijk voor de klachten. Ze geven onrust en maken alleen daarom al de kans groter op angst en paniek.

Nu gebruiken wij een manier die zowel goed is voor het ene als voor het andere. Het maakt dus de kans op terugvallen in het oude vermijdingsgedrag kleiner en tegelijkertijd helpt het om schuldgevoel en ergernis te voorkómen. Die manier noemen wij het 'te veel-te weinig' principe. Het gaat er van uit dat er tijdens een therapie altijd iets moet zijn waarop u tevreden kunt terugkijken. Zolang u zich houdt aan de afspraken met betrekking tot het oefenprogramma, is het 'te veel-te weinig' principe niet nodig. U heeft dan immers alle reden om tevreden te zijn over de vorderingen die u maakt ten aanzien van uw angsten. Het 'te veel-te weinig' principe treedt pas in werking wanneer het u niet lukt om u te houden aan uw oefenprogramma. Er is dan sprake van een zogenaamde 'te veel' situatie. Een situatie waarin uw klachten te veel aanwezig zijn. Dit 'te veel' kunt u vervolgens compenseren door een activiteit uit de 'te weinig' categorie uit te voeren. Dus, om een concreet voorbeeld te nemen: Wanneer u op een dag uw oefenprogramma niet, of niet goed genoeg heeft uitgevoerd, betekent dit, dat u die dag bijvoorbeeld uw kinderen eens extra voorleest. Vooropgesteld natuurlijk dat u zelf vindt dat u aan die activiteit te weinig toekomt.

Het grote voordeel zal duidelijk zijn: U heeft weliswaar een ontevreden gevoel over het mislukken van de oefeningen, maar u kunt dan wel over iets anders tevreden zijn, namelijk over het feit dat u uw kinderen heeft voorgelezen. Of over het feit dat u de keukenkast heeft schoongemaakt, of iets aardigs voor uw man heeft gekocht, of extra gymnastiekoefeningen heeft gedaan. Het 'te veel-te weinig' principe zorgt er dus voor dat u altijd tevreden kunt zijn over uzelf. Begrijpt u de bedoeling?

## **VERVOLGENS WORDEN VRAGEN BEANTWOORD.**

Er zit natuurlijk nog een andere kant aan de zaak. Wanneer u bijvoorbeeld heeft afgesproken om de keukenkast schoon te maken wanneer u onvoldoende heeft geoeft, kunt u zich altijd nog bedenken. U staat dan bijvoorbeeld voor de keuze om een blokje op straat te gaan lopen of dezelfde dag nog te gaan soppen. Wanneer de straat u op dat moment vreselijke angsten inboezemt, zal de keus niet moeilijk zijn: u kiest voor soppen. Maar als de angst niet zo heel erg hoog is, is de kans groot dat u alsnog besluit u aan uw oefenprogramma te houden. Waarvoor u ook kiest, u zult altijd na afloop terecht een tevreden gevoel kunnen hebben over wat u heeft gepresteerd. Is dit zo duidelijk?

## **VERVOLGENS WORDEN VRAGEN BEANTWOORD.**

**WANNEER HET PRINCIPE DUIDELIJK IS GEWORDEN WORDT MET DE PATIËNT AFGESPROKEN WELKE ACTIVITEIT, OF ACTIVITEITEN DE KOMENDE PERIODE IN HET 'TE VEEL-TE WEINIG' ZULLEN WORDEN OPGENOMEN.**

Goed, nu we deze activiteiten hebben afgesproken, is de bedoeling dus als volgt. U gaat de komende periode oefenen op het afgesproken angst-niveau. Mocht het nu op een dag, om wat voor reden dan ook niet lukken om u aan het programma te houden, dan moet u in plaats daarvan op dezelfde dag één van de afgesproken activiteiten uit het 'te veel-te weinig' programma uitvoeren. U moet in dat geval ook op uw registratieformulier even aangeven welke activiteit u heeft gedaan. U kunt dat invullen in de rubriek 'opdracht'.



# BIJLAGE 4: PATIËNTENDAGBOEK

Naam:

periode:

	opdracht	besteedde tijd	aantal paniek- aanvallen tij- dens opdracht	angst tijdens opdracht (1-10)	aantal paniek aanvallen tijdens opdracht	medicijnen/ dosering
maandag						
dinsdag						
woensdag						
donderdag						
vrijdag						
zaterdag						
zondag						





# BIJLAGE 5. BETROUWBAARHEIDSINTER- VALLEN CORRELATIES HOOFD- STUKKEN 8 EN 9

Samenhang beloop agorafobie-comorbiditeit;  
PM+EV betrouwbaarheidsintervallen

agorafobie	comorbiditeit							
	M1				M3			
	BDI (n=36)	IPOV (n=31)	SIG-sp (n=36)	SIG-fr (n=36)	BDI (n=36)	IPOV (n=31)		
<b>M1</b>								
- Lopen	- 49; 15	08; 67	- 42; 23	- 24; 42	- 57; 04	04; 65		
- Supermarkt	- 42; 24	- 37; 34	- 42; 24	- 11; 52	- 31; 35	- 40; 31		
- Openb.vv.	- 52; 11	- 13; 55	- 52; 11	05; 62	- 27; 39	- 22; 48		
- MI-alleen	05; 62	- 32; 15	- 15; 49	- 55; 06	- 09; 54	- 47; 23		
- MI-samen	19; 71	- 66; -05	00; 59	- 55; 06	- 02; 58	- 63; -01		
- AVC	09; 65	- 45; 25	- 10; 53	- 27; 39	- 23; 42	- 38; 33		
- NHV	11; 66	- 48; 22	- 19; 46	- 49; 15	- 16; 48	- 38; 33		
<b>M3</b>								
- Lopen	- 48; 16	- 18; 51	- 27; 38	- 39; 27	- 60; -01	- 22; 48		
- Supermarkt	- 54; 07	- 39; 32	- 41; 25	- 19; 47	- 54; 09	- 36; 35		
- Openb.vv.	- 39; 27	- 44; 26	- 12; 51	- 31; 35	- 50; 13	- 35; 35		
- MI-alleen	- 09; 54	- 59; 06	- 20; 45	- 62; -04	19; 71	- 63; 00		
- MI-samen	07; 64	- 61; 04	04; 62	- 59; -00	34; 78	- 64; -02		
- ACV	21; 71	- 57; 09	- 01; 59	- 45; 20	41; 81	- 66; -05		
- NHV	08; 64	- 56; 10	- 50; 14	- 50; 14	45; 85	- 61; 03		

M1 = voormeting

M3 = eindmeting

Samenhang beloop agorafobie-comorbiditeit,  
EV betrouwbaarheidsintervallen

agorafobie	comorbiditeit									
	M1					M3				
	BDI (n=36)	IPOV (n=31)	SIG-sp (n=36)	SIG fr (n=36)		BDI (n=36)	IPOV (n=31)			
<b>M1</b>										
- Lopen	- 41, 36	- 20, 62	- 44, 34	- 31, 46		- 57, 17	- 11, 67			
- Supermarkt	- 64, 07	- 16, 64	- 40, 38	- 51, 15		- 64, 07	- 26, 58			
- Openb vv	- 62, 10	- 14, 65	- 32, 45	- 29, 48		- 49, 27	- 18, 63			
- MI-alleen	04, 69	- 69, 08	- 13, 60	- 66, 02		- 05, 64	- 66, 13			
- MI-samen	- 16, 57	- 62, 19	- 21, 54	- 75, -15		- 29, 48	- 66, 13			
- AVC	02, 66	- 55, 29	- 34, 44	- 54, 21		- 25, 51	- 62, 20			
- NHV	13, 74	- 78, -13	- 41, 36	- 48, 29		- 19, 55	- 80, -17			
<b>M3</b>										
- Lopen	- 32, 45	- 46, 40	- 30, 47	- 45, 32		- 45, 32	- 37, 49			
- Supermarkt	- 34, 43	- 52, 34	- 11, 61	- 42, 35		- 38, 40	- 42, 44			
- Openb vv	- 40, 38	- 55, 29	- 01, 67	- 38, 40		- 39, 39	- 45, 42			
- MI-alleen	13, 74	- 03, 72	- 07, 64	- 64, 05		34, 82	- 74, -04			
- MI-samen	- 09, 62	- 00, 73	- 12, 60	- 64, 05		13, 74	- 74, -14			
- ACV	00, 68	- 36, 50	04, 69	- 48, 29		19, 77	- 68, 10			
- NHV	- 01, 67	07, 76	- 21, 54	- 45, 33		19, 77	- 85, -30			

M1 = voormeting

M3 = eindmeting

Samenhang oordeel therapeutische relatie;  
PM+EV betrouwbaarheidsintervallen

therapeutische relatie; oordeel therapeut	therapeutische relatie; oordeel patiënt	
	M2	M3
	EPIN-P	EPIN-P
M2		
EPIN-T	- 22; 43	- 07; 54
M3		
EPIN-T	- 17; 47	13; 67
M2 = tussenmeting		
M3 = eindmeting		

Samenhang oordeel therapeutische relatie;  
EV betrouwbaarheidsintervallen

therapeutische relatie; oordeel therapeut	therapeutische relatie; oordeel patiënt	
	M2	M3
	EPIN-P	EPIN-P
M2		
EPIN-T	- 35; 42	- 41; 36
M3		
EPIN-T	- 21; 54	04; 69
M2 = tussenmeting		
M3 = eindmeting		

Samenhang beloop agorafobie-therapeutische relatie;  
PM+EV betrouwbaarheidsintervallen

agorafobie	therapeutische relatie			
	M2		M3	
	EPIN-P	EPIN-T	EPIN-P	EPIN-T
M1				
- Lopen	- 59;- 00	- 26; 40	- 11; 52	- 15; 49
- Supermarkt	- 46; 18	- 26; 40	- 44; 21	- 30; 36
- Openb.vv.	- 24; 42	- 28; 37	- 25; 41	- 32; 34
- MI-alleen	- 19; 46	- 54; 07	- 54; 09	- 58; 02
- MI-samen	- 44; 21	- 55; 06	- 52; 11	- 55; 06
- ACV	- 34; 32	- 31; 35	- 28; 37	- 16; 48
- NHV	- 35; 31	- 29; 36	- 37; 28	- 29; 36

M3				
- Lopen	- 56; 05	- 19; 46	- 27; 39	- 15; 49
- Supermarkt	- 35; 31	- 17; 47	- 27; 38	- 16; 48
- Openb.vv.	- 54; 07	- 35; 31	- 13; 50	- 27; 39
- MI-alleen	- 14; 50	- 76;- 13	- 63;- 06	- 75;- 28
- MI-samen	- 27; 39	- 64;- 07	- 59; 01	- 69;- 16
- ACV	- 18; 46	- 55; 06	- 67;- 13	- 62;- 04
- NHV	- 18; 50	- 59;- 00	- 65;- 09	- 73;- 24

M1 = voormeting

M3 = eindmeting

**Samenhang beloop agorafobie-therapeutische relatie;  
EV betrouwbaarheidsintervallen**

agorafobie	therapeutische relatie			
	M2		M3	
	EPIN-P	EPIN-T	EPIN-P	EPIN-T
<b>M1</b>				
- Lopen	- 24; 52	- 16; 57	- 09; 62	- 08; 63
- Supermarkt	- 02; 66	- 29; 48	- 49; 27	- 41; 36
- Openb.vv.	- 23; 52	- 31; 46	- 35; 42	- 52; 24
- MI-alleen	- 65; 04	- 66; 02	- 53; 22	- 55; 20
- MI-samen	- 54; 21	- 69; -04	- 60; 13	- 72; -09
- ACV	- 57; 17	- 41; 36	- 16; 57	- 13; 60
- NHV	- 65; 04	- 56; 18	- 39; 39	- 40; 37
<b>M3</b>				
- Lopen	- 40; 37	- 19; 55	- 41; 36	- 05; 64
- Supermarkt	- 10; 62	- 35; 42	- 26; 50	- 34; 44
- Openb.vv.	- 41; 36	- 32; 45	- 36; 41	- 32; 45
- MI-alleen	- 52; 23	- 68; -02	- 47; 30	- 52; 24
- MI-samen	- 53; 22	- 76; -18	- 57; 16	- 71; -06
- ACV	- 45; 32	- 68; -02	- 26; 50	- 45; 33
- NHV	- 62; 08	- 58; 15	- 58; 15	- 60; 12

M1 = voormeting

M3 = eindmeting



# LITERATUUR

- Agras, W.S., H. Leitenberg & D.H. Barlow (1968): Social reinforcement in the modification of agoraphobia. In: *Archives of General Psychiatry*; 19: 423-427.
- American Psychiatric Association (1968): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd edition). New York, APA.
- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd edition). New York, APA.
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd edition, Revised). New York, APA.
- Andrews, G. & C. Moran (1988): Exposure treatment of agoraphobia with panic attacks: are drugs essential? In: I. Hand & H-U. Wittchen (eds.): *Panic and Phobias 2. Treatment and variables affecting course and outcome*. Berlin, Springer Verlag.
- Arnow, B.A., C.B. Taylor, W.S. Agras & M.J. Telch (1985): Enhancing agoraphobia treatment outcome by changing couple communication patterns. In: *Behavior Therapy*; 16: 452-467.
- Arntz, A. (1991): Principes en technieken van de cognitieve therapie. In: *Directieve Therapie*; 11: 252-269.
- Arrindell, W.A. (1980): Dimensional structure and psychopathology correlates of the Fear Survey Schedule (FSS III) in a phobic population: a factorial definition of agoraphobia. In: *Behaviour Research and Therapy*; 18: 229-242.
- Arrindell, W.A. (1987): Marital conflict and agoraphobia: fact or fantasy? *Academisch proefschrift*, Groningen. Delft, Eburon.
- Arrindell, W.A., P.M. de Groot & J.A. Walburg (1984): *Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag. Handleiding deel 1*. Lisse, Swets & Zeitlinger.

- Arts, W., C. Hoogduin, G. Keijsers, R. Severeijns & C. Schaap (1994): A quasi-experimental study into the effect of enhancing the quality of the patient-therapist relationship in the outpatient treatment of obsessive-compulsive neurosis. In: S. Borgo & L. Sibilia (eds.): The patient-therapist relationship: its many dimensions. Roma, Consiglio Nazionale delle Ricerche.
- Backer, H. & R. van Dijk (1993): Paniekstoornis, hyperventilatie, cardiale afwijkingen en cognitieve misinterpretatie. In: *Directieve Therapie*; 13: 178-185.
- Bakker-de Pree, B.J. (1987): *Constructionele gedragstherapie*. Nijmegen, Dekker & van de Vegt.
- Barlow, D.H. (1987): A Psychological model of panic. In: B.F. Shaw, Z.V. Segal, T.M. Vallis & F.E. Cashman (eds.): *Anxiety Disorders. Psychological and biological perspectives*. New York, Plenum Press.
- Barlow, D.H. (1988): *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York/London, The Guilford Press.
- Barlow, D.H. & J.A. Cerny (1988): *Psychological treatment of panic*. New York, The Guilford Press.
- Barlow, D.H., A.S. Cohen, M.T. Waddell, B.B. Vermilyea, J.S. Klosko, E.B. Blanchard & P.A. Di Nardo (1984b): Panic and generalized anxiety disorders: nature and treatment. In: *Behavior Therapy*; 15: 431-449.
- Barlow, D.H. & M.G. Craske (1988): The phenomenology of panic. In: S. Rachman & J.D. Maser (eds.): *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Publishers.
- Barlow, D.H., M. Craske, J. Cerny & J. Klosko (1989): Behavioral treatment of panic disorder. In: *Behavior Therapy*; 20: 261-282.
- Barlow, D.H., P.A. Di Nardo, B.B. Vermilyea, J.A. Vermileya & E.B. Blanchard (1986): Comorbidity and depression among the anxiety disorders: issues in diagnosis and classification. In: *Journal of Nervous and Mental Disease*; 174: 63-72.
- Barlow, D.H., G.T. O'Brien & C.G. Last (1984a): Couples treatment of agoraphobia: changes in marital satisfaction. In: *Behavior Therapy*; 15: 41-58.



- Barrett-Lennard, G.T. (1962): Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. In: *Psychological Monographs*; 76.
- Basoglu, M., I.M. Marks & S. Sengün (1992): A prospective study of panic and anxiety in agoraphobia with panic disorder. In: *British Journal of Psychiatry*; 160: 57-64.
- Beck, A.T. (1988): Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In: S. Rachman & J.D. Maser (eds.): *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Beck, A.T. & G. Emery (1985): *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York, Basic Books.
- Beck, A.T., A. Freeman & Associates (1990): *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, The Guilford Press.
- Beck, A.T., A.J. Rush, B.F. Shaw & G. Emery (1979): *Cognitive therapy of depression*. New York, Wiley.
- Beck, A.T., L. Sokol, D.A. Clark, R. Berchick & F. Wright (1992): A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. In: *American Journal of psychiatry*; 149: 778-784.
- Beck, A.T., C.H. Ward, M. Mendelson, J.E. Mock & J. Erbaugh (1961): An inventory for measuring depression. In: *Archives of General Psychiatry*; 4: 561-571.
- Bellack, A.S. & M. Hersen (1985): *Dictionary of behavior therapy techniques*. New York, Pergamon Press.
- Bennun, I., K. Hahlweg, L. Schindler & M. Langlotz (1986): Therapist's and patient's perceptions in behaviour therapy. The development and cross-cultural analysis of an assessment instrument. In: *British Journal of Clinical Psychology*; 25: 275-285.
- Bernstein, D.A., T.D. Borcovec & M.G.H. Coles (1986): Assessment of anxiety. In: A.R. Ciminero, K.S. Calhoun & H.E. Adams (eds.): *Handbook of behavioral assessment* (2nd edition). New York, Wiley & Sons.
- Beurs, E. de (1993): *The assessment and treatment of panic disorder and agoraphobia*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam. Amsterdam, Thesis Publishers.

- Beurs, E. de, A. Lange, R. van Dijck, R. Blonk & P. Koele (1991): Behavioral assessment of avoidance in agoraphobia. In: *Journal of Psychopathology and Behavioral assessment*; 13: 285-301.
- Beurs, E. de, A. Lange, E. Greven & A. Hylkema (1990): Het meten van de kwaliteit van de verhouding tussen therapeut en cliënt. In: *Directieve Therapie*; 10: 114-131.
- Beurs, E. de, A. Lange, P. Koele, J. Beek & R. van Dijck (1992): Hyperventilatieprovocatie en ademhalingsoefeningen voorafgaande aan exposure in vivo bij de behandeling van van patiënten met paniekstoornis met agorafobie. In: *Directieve Therapie*; 12: 242-261.
- Bibb, J. & D. Chambless (1986): Alcoholism and alcohol abuse among diagnosed agoraphobics. In: *Behaviour Research & Therapy*; 24: 49-58.
- Blaauw, E. & P.M.G. Emmelkamp (1991): De therapeutische relatie: een onderzoek naar de waarde van de Therapist Client Rating Scale (TCRS). In: *Gedragstherapie*; 24: 183-195.
- Bland, K. & R.S. Hallam (1981): Relationship between response to graded exposure and marital satisfaction in agoraphobics. In: *Behaviour Research & Therapy*; 19: 335-338.
- Boelens, W. (1990): Cognitieve therapie en gedragstherapie bij depressie. Een evaluatieonderzoek. Academisch proefschrift, Rijks Universiteit Groningen. Meppel, Krips Repro.
- Bolles, R.C. (1979): *Learning Theory* (2nd edition). New York, Holt, Rinehart & Winston.
- Bonn, J.A., J. Harrison & W. Rees (1971): Lactate-induced anxiety: Therapeutic application. In: *British Journal of Psychiatry*; 109: 468-470.
- Bonn, J.A., C.P.A. Readhead & B.A. Timmons (1984): Enhanced adaptive behavioural response in agoraphobic patients pretreated with breathing retraining. In: *The Lancet*; 2: 665-669.
- Bouman, T.K. (1989): Assessment van stemmingsstoornissen. In: F.A. Albersnagel, P.M.G. Emmelkamp & R.H. van den Hoofdakker (red.): *Depressie. Theorie, diagnostiek en behandeling*. Deventer, Van Loghum Slaterus.

- Bouman, T.K., F. Luteijn, F.A. Albersnagel & F.A.E. van der Ploeg (1985): Enige ervaringen met de Beck Depression Inventory. In: *Gedrag*; 13: 13-24.
- Bouton, M.E. & D. Swartzentruber (1991): Sources of relapse after extinction in Pavlovian and instrumental learning. In: *Clinical Psychological Review*; 11: 123-140.
- Bowen, R.C. & J. Kohout (1979): The relationship between agoraphobia and primary affective disorders. In: *Canadian Journal of Psychiatry*; 24: 317-322.
- Brink, W.P. van den & P. Koele (1987): *Statistiek. Deel 3*. Meppel, Boom.
- Brinkman, W. (1978): Het gedragstherapeutisch proces. In: J.W.G. Orlemans, P. Eelen & W.P. Haaijman (red.): *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Bruggeman, J.A. (1988): Psycho-analyse: theorie en praktijk. In: A.P. Cassee, P.E. Boeke en C.P.F. van der Staak (red.): *Psychotherapie in Nederland*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Buglass, D., J. Clarke, A.S. Henderson, N. Kreitman & A.S. Presley (1977): A study of agoraphobic housewives. In: *Psychological Medicine*; 7: 73-86.
- Burger, A.W. (1994): *Functie-analyse van neurotisch gedrag. Een hand-leiding voor gedragstherapeuten*. Amsterdam, Van Rossen.
- Burns, L.E., G.L. Thorpe & L.A. Cavallaro (1986): Agoraphobia 8 years after behavioral treatment: a follow-up study with interview, self-report, and behavioral data. In: *Behavior Therapy*; 17: 580-591.
- Chambless, D.L. (1989): Gender and phobia. In: P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, F.M. Kraaimaat & M.J.M. van Son (red.): *Fresh Perspectives on anxiety disorders. Annual series of European research in behavior therapy*. Amsterdam/Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Chambless, D.L., G.C. Caputo, P. Bright & R. Gallagher (1984): Assessment of fear of fear in agoraphobics: the Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. In: *Journal of Consulting & Clinical Psychology*; 52: 1090-1098.

- Chambless, D.L., G.C. Caputo, S.E. Jasin, E.J. Gracely & C. Williams (1985): The mobility inventory for agoraphobia. In: Behaviour Research & Therapy; 23: 35-44.
- Chambless, D.L., A.J. Goldstein, R. Gallagher & P. Bright (1986): Integrating behavior therapy and psychotherapy in the treatment of agoraphobia. In: Psychotherapy: Theory, Research & Practice; 23: 150-159.
- Chambless, D.L. & J. Mason (1986): Sex, sex-role stereotyping and agoraphobia. In: Behaviour Research & Therapy; 24: 231-235.
- Clark, D.M. (1988): A cognitive model of panic attacks. In: S. Rachman & J.D. Maser (eds.): Panic: Psychological perspectives. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Clark, D.M. (1989): Anxiety states: panic and generalized anxiety. In: K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark (ed.): Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide. Oxford, Oxford University Press.
- Clark, D.M., P.M. Salkovskis & A.J. Chalkley (1985): Respiratory control as a treatment for panic attacks. In: Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry; 16: 23-30.
- Clum, G.A. & J.W. Borden (1989): Etiology and treatment of panic. In: M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (eds.): Progress in Behavior Modification; 24: 192-223. Newbury Park, Sage.
- Cohen, J. (1977): Statistical power analysis for the behavioural sciences. New York, Academic press.
- Coryell, W.R., R. Noyes & J.D. House (1986): Mortality amongst outpatients with anxiety disorders. In: American Journal of Psychiatry; 143: 508-510.
- Cox, B.J., N.S. Endler, P.S. Lee & R.P. Swinson (1992): A meta-analysis of treatments for panic disorder with agoraphobia: imipramine, alprazolam, and in vivo exposure. In: Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry; 23: 175-182.
- Cox, B.J., R.P. Swinson, G.R. Norton & K. Kuch (1991): Anticipatory anxiety and avoidance in panic disorder with agoraphobia. In: Behavior Research & Therapy; 29: 363-365.

- Craske, M.G. & D.H. Barlow (1993): Panic disorder and agoraphobia. In: D.H. Barlow (ed.): *Clinical Handbook of psychological disorders* (2nd edition). New York, The Guilford Press.
- Cunningham, C.L. (1979): Alcohol as a cue for extinction: state dependency produced by conditioned inhibition. In: *Animal Learning & Behavior*; 7: 45-52.
- Davey, G.C.L. (1983): An associative view of human classical conditioning. In: G.C.L. Davey (ed.): *Animal models of human behavior*. Chichester, John Wiley & Sons.
- Davey, G.C.L. (1989): UCS revaluation and conditioning models of acquired fears. In: *Behaviour Research & Therapy*; 27: 521-528.
- Di Nardo, P.A., D.H. Barlow, J. Cerny, B.B. Vermilyea, J.A. Vermilyea, W. Himadi & M. Waddell (1985): Anxiety disorders interview scale-revised (ADIS-R). Albany, New York, Phobia and Anxiety Disorders Clinic, State University of New York at Albany.
- Di Nardo, P.A., G.T. O'Brien, D.H. Barlow, M.T. Waddell & E.B. Blanchard (1983): Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. In: *Archives of General Psychiatry*; 40: 1070-1074.
- Doctor, R.M. (1982): Major results of a large-scale pretreatment survey of agoraphobics. In: R.L. Dupont (ed.): *Phobia: a comprehensive summary of modern treatments*. New York, Bruner/Mazel.
- Donnell, C.D. & R.J. McNally (1989): Anxiety sensitivity and history of panic as predictors of response to hyperventilation. In: *Behaviour Research & Therapy*; 27: 325-332.
- Duker, P. (1988): Designs en data-analyse in de gedragstherapie. In: J.W.G. Orlemans, P. Eelen & W.P. Haaijman (red.): *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Dijk, R. van (1985): Is psychotherapie een placebo? In: *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*; 5: 104-145.
- Dijk, R. van (1986): *Psychotherapie, placebo en suggestie*. Leiden, Academisch Proefschrift.

- Dijk, R. van, O. van der Hart, K. van der Velden & D. Oudshoorn (1980): Wat is directieve therapie? (2); vijf programmatische uitgangspunten. In: K. van der Velden (red.): Directieve Therapie deel 2. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Dijkhuis, J.J. (1988): Rogeriaanse psychotherapie. In: A.P. Cassee, P.E. Boeke & C.P.F. van der Staak (red.): Psychotherapie in Nederland. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Edelmann, R.J. (1992): Anxiety. Theory, research and intervention in clinical and health psychology. Chichester, John Wiley & Sons.
- Eelen, P. (1982): Conditioning and attribution. In: J. Boulougouris (ed.): Learning theory approaches to psychiatry. Chichester, John Wiley & Sons.
- Eelen, P. (1988): Leerpsychologie en gedragstherapie. In: J.W.G. Orlemans, P. Eelen & W.P. Haaijman (red.): Handboek voor gedragstherapie. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Eelen, P. & O. Van den Bergh (1983): Cognitieve gedragstherapie: een hybride. In: Tijdschrift voor Klinische Psychologie; 13: 4-27.
- Eelen, P. & O. Van den Bergh (1992): De gebroken achillespees van de gedragstherapie: enkele bedenkingen bij de functie-analyse. In: Psychotherapeutisch Paspoort; 2.
- Eelen, P., O. Van den Bergh en F. Bayens (1990): Fobieën: Leertheorieën. In: J.W.G. Orlemans, P. Eelen en W.P. Haaijman (red.): Handboek voor gedragstherapie. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Ehlers, A. & J. Margraf (1989): The psychophysiological model of panic attacks. In: P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, F.M. Kraaimaat & M.J.M. van Son (red.): Fresh Perspectives on anxiety disorders. Annual series of European research in behavior therapy. Amsterdam/Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Emmelkamp, P.M.G. (1974): Self-observation versus flooding in the treatment of agoraphobia. In: Behaviour Research & Therapy; 12: 229-237.

- Emmelkamp, P.M.G. (1980): Agoraphobics' interpersonal problems: their role in the effects of exposure in vivo therapy. In: Archives of General Psychiatry; 37: 1303-1306.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982): Phobic and obsessive-compulsive disorders: theory, research and practice. New York, Plenum Press.
- Emmelkamp, P.M.G. (1986): Behandeling van fobieën. In: C.A.L. Hoogduin, B.P.R. Gersons, H.G.M. Rooymans & K. van der Velden (red.): Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 1985/1986. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Emmelkamp, P.M.G. (1989): Fobieën: onderzoek naar het effect van behandelingen. In: J.W.G. Orlemans, P. Eelen & W.P. Haaijman (red.): Handboek voor gedragstherapie. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Emmelkamp, P.M.G. (1993): Empirisch gehalte van de functie-analyse. In: Gedragstherapie; 26: 211-217.
- Emmelkamp, P.M.G., T.K. Bouman & H.A. Scholing (1989): Angst, fobieën en dwang. Diagnostiek en behandeling. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Emmelkamp, P.M.G., R. van Dijck, M. Bitter, R. Heins, E.J. Onstein & B. Eisen (1992): Spouse-aided therapy with agoraphobics. In: British Journal of Psychiatry; 160: 51-56.
- Emmelkamp, P.M.G. & A. Emmelkamp-Benner (1989): Exposuretechnieken bij angststoornissen. In: K. van der Velden (red.): Directieve Therapie 3. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Emmelkamp, P.M.G., C.A.L. Hoogduin & M.A. van den Hout (1990): Angststoornissen. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.): Handboek psychopathologie deel 1. Houten/Antwerpen, Bohn, Stafleu, Van Loghum.
- Emmelkamp, P.M.G. & A. van der Hout (1983): Failure in treating agoraphobia. In: E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (eds.): Failures in behaviour therapy. New York, Wiley.
- Emmelkamp, P.M.G. & A.C.M. Kuipers (1979): Agoraphobia: a follow-up study four years after treatment. In: British Journal of Psychiatry; 134: 352-355.

- Emmelkamp, P.M.G. & P.O. Mersch (1982): Cognition and exposure in vivo in the treatment of agoraphobia: short-term and delayed effects. In: *Cognitive Research & Therapy*; 6: 72-90.
- Emmelkamp, P.M.G. & H. Wessels (1975): Flooding in imagination vs. flooding in vivo: a comparison with agoraphobics. In: *Behaviour Research & Therapy*; 13: 7-16.
- Eysenck, H.J. (1979): The conditioning model of neurosis. In: *The Behavioral and Brain Sciences*; 2: 155-199.
- Fava, G.A., S. Grandi & R. Canestrari (1988): Prodromal symptoms in panic disorder with agoraphobia. In: *American Journal of Psychiatry*; 145: 1564-1567.
- Fennell, M. (1989): Depression. In: K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark (ed.): *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford, Oxford University Press.
- Fiegenbaum, W. (1988): Long-term efficacy of ungraded versus graded massed exposure in agoraphobia. In: I. Hand & H-U. Wittchen (eds.): *Panic and phobias 2. Treatments and variables affecting course and outcome*. Berlin/Heidelberg, Springer Verlag.
- Foa, E.B., J.B. Grayson, G.S. Steketee, H.G. Doppelt, R.M. Turner & P.M. Latimer (1983): Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 51: 287-297.
- Foa, E.B. & M.J. Kozak (1985): Treatment of anxiety disorders: implications for psychopathology. In: A.H. Tuma & J.D. Maser (eds.): *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Frances, A., J. Sweeney & J. Clarkin (1985): Do psychotherapies have specific effects? In: *American Journal of Psychotherapy*; 39: 159-175.
- Fry, W.F. (1962): The marital context of an anxiety syndrome. In: *Family Process*; 2: 225-232.



- Fyer, A.J., M. Liebowitz, J. Gorman, R. Compeas, A. Levin, S. Davies, D. Goetz & D.F. Klein (1987): Discontinuation of alprazolam treatment in panic patients. In: *American Journal of Psychiatry*; 144: 303-308.
- Garssen, B., P. Colla, J. van Dixhoorn, P. van Doorn, H.T.M. Folgering, A.P. Stoop & J.C.G. de Swart (1984): Het herkennen van het hyperventilatiesyndroom. *Medisch Contact*; 35: 1122-1125.
- Garssen, B. & H. Hornsveld (1990): Het hyperventilatiesyndroom is niet meer wat het geweest is. In: *Gedragstherapie*; 23: 41-46.
- Garssen, B., C. de Ruiter, M. Buikhuizen & R. van Dijck (1992): Is ademtherapie een rationele placebo? In: *Directieve Therapie*; 12: 221-242.
- Gelder, M.G., J.H.J. Bancroft, D.H. Gath, D.W. Johnston, A.M. Mathews & P.M. Shaw (1973): Specific and non-specific factors in behavior therapy. In: *British Journal of Psychiatry*; 123: 445-462.
- George, J.M., D.C. Hughes & D.G. Blazer (1986): Urban/rural differences in the prevalence of anxiety disorders. In: *American Journal of Social Psychiatry*; 6: 249-258.
- Goldfried, M.R. (1971): Systematic desensitization as training in self-control. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 37: 228-234.
- Goldfried, M.R. (1986): Self-control skills for the treatment of anxiety disorders. In: B.F. Shaw, Z.V. Segal, T.M. Vallis & F.E. Cashman (eds.): *Anxiety Disorders. Psychological and biological perspectives*. New York, Plenum Press.
- Goldstein, A.J. & D.L. Chambless (1978): A reanalysis of agoraphobia. In: *Behavior Therapy*; 9: 47-59.
- Goldstein, A.J. & D.L. Chambless (1980): The treatment of agoraphobia. In: A.J. Goldstein & E.B. Foa (eds.): *Handbook of behavioral interventions*. New York, John Wiley.

- Gournay, K. (1989): The behavioural treatment of agoraphobia: the impact of sex role. In: P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, F.M. Kraaimaat & M.J.M. van Son (red.): *Fresh Perspectives on anxiety disorders. Annual series of European research in behavior therapy.* Amsterdam/Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Gray, J.A. (1987): *The psychology of fear and stress.* Cambridge, Cambridge University Press.
- Griez, E. & M.A. van den Hout (1986): CO2 inhalation in the treatment of panic attacks. In: *Behaviour Research & Therapy*; 24: 145-150.
- Grol, R. & J.W.G. Orlemans (1979): Ontspanningsoefeningen. In: J.W.G. Orlemans, P. Eelen en W.P. Haaijman (red.): *Handboek voor gedragstherapie.* Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Gustavson, B., L. Jansson, A. Jerremalm & L-G. Ost (1985): Therapist behavior during exposure treatment of agoraphobia. In: *Behavior Modification*; 9: 491-504.
- Haan, E. de, C.A.L. Hoogduin & P. de Jong (1985): Geleidelijke exposure bij fobische klachten. In: *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*; 5: 216-227.
- Hafner, R.J. (1977): The husbands of agoraphobic women: assortive mating or pathogenic interaction. In: *British Journal of Psychiatry*; 130: 233-239.
- Hafner, R.J. (1983): Behaviour therapy for agoraphobic man. In: *Behaviour Research & Therapy*; 21: 51-56.
- Hafner, R.J. & I.M. Marks (1976): Exposure in vivo of agoraphobics: contributions of diazepam, group exposure and anxiety evocation. In: *Psychological Medicine*; 6: 71-88.
- Hafner, R.J. & G.W. Ross (1983): Predicting the outcome of behavior therapy for agoraphobia. In: *Behaviour Research and Therapy*; 21: 375-382.
- Hallam, R.S. (1985): *Anxiety: psychological perspectives on panic and agoraphobia.* London, Academic Press.

- Hallam, R.S. & R.J. Hafner (1978): Fears of phobic patients: factor analyses of self-report data. In: *Behaviour Research and Therapy*; 16: 1-6.
- Hart, O. van der (1984): Hypnotherapie bij agorafobie. In: *Kwartalschrift voor Directieve Therapie & Hypnose*; 4: 4-26.
- Haslam, M.T. (1974): The relationship between the effect of lactate infusion on anxiety states and their amelioration by carbon dioxide inhalation. In: *British Journal of Psychiatry*; 125: 88-90.
- Haynes, S.N. & W.H. O'Brien (1990): Functional analysis in behavior therapy. In: *Clinical Psychological Review*; 10: 649-668.
- Hecker, J.E. & G.L. Thorpe (1987): Fear reduction processes in imaginal and in vivo flooding: a comment on James' review. In: *Behavioural Psychotherapy*; 15: 215-223.
- Hibbert, G.A. & M. Chan (1989): Respiratory control: its contribution to the treatment of panic attacks. A controlled study. In: *British Journal of Psychiatry*; 154: 232-236.
- Hibbert, G.A. & D. Pilsbury (1989): Hyperventilation: is it a cause of panic attacks? In: *British Journal of Psychiatry*; 155: 805-809.
- Himadi, W.G., J.A. Cerny, D.H. Barlow, S.L. Cohen & G.T. O'Brien (1986): The relationship of marital adjustment to agoraphobia treatment outcome. In: *Behaviour Research & Therapy*; 24: 107-115.
- Holland, P.C. (1984): Differential effects of reinforcement of an inhibitory feature after serial and simultaneous feature negative discrimination training. In: *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*; 10: 461-475.
- Hoogduin, C.A.L. (1977): De behandeling van cliënten met hyperventilatie-aanvallen. In: K. van der Velden (red.): *Directieve Therapie deel 1*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, C.A.L. (1981): Zelfcontrole en dwang. In: *Tijdschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*; 1: 41-57.

- Hoogduin, C.A.L. (1985): Dwang. Mislukking en succes bij de behandeling van dwangneurose. Academisch proefschrift, Rotterdam. Delft, Sieca repro.
- Hoogduin, C.A.L., E. de Haan & C. Schaap (1989): The significance of the patient-therapist relationship in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. In: *British Journal of Clinical Psychology*; 28: 185-186.
- Hoorens, V. (1986): De client-therapeut relatie in gedragstherapie. In: *Gedragstherapie*; 19: 263-279.
- Hout, M. van den (1988): The explanation of experimental panic. In: S. Rachman & J.D. Maser (eds.): *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, New Jersey; Lawrence Erlbaum Associates.
- Hout, M. van den, A. Arntz & R. Hoekstra (1994): Exposure reduced agoraphobia but not panic, and cognitive therapy reduced panic but not agoraphobia. In: *Behaviour Reserach & Therapy*; 32: 447-451.
- Hout, M. van den & H. Merckelbach (1993): Over exposure. In: *Directieve Therapie*; 133: 192-204.
- Huberty, C.J. & J.D. Morris (1992): Multivariate analysis versus multiple univariate analysis. In: A.E. Kazdin (ed.): *Methodological issues & strategies in clinical research*. Washington, D.C., American Psychological Association.
- Jacob, R.G. & S.O. Lillienfeld (1991): Panic disorder: diagnosis, medical assessment and psychological assessment. In: J.R. Walker, G.R. Norton & C.A. Ross (eds.): *Panic disorder and agoraphobia. A comprehensive guide for the practitioner*. Pacific Grove, California, Brooks/Cole Publishing Company.
- Jacobson, N.S., W.C. Folette & D. Revenstorf (1984): Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. In: *Behavior Therapy*; 15: 336-352.
- Jacobson, N.S., L. Wilson & C. Tupper (1988): The clinical significance of treatment gains resulting from exposure-based interventions for agoraphobia: A reanalysis of outcome data. In: *Behaviour Therapy*; 19: 539-554.

- James, J.E. (1986): Review of the relative efficacy of imaginal and in vivo flooding in the treatment of clinical fear. In: Behavioural Psychotherapy; 14: 183-191.
- Jansson, L., L-G. Ost & A. Jerremalm (1987): Prognostic factors in the behavioral treatment of agoraphobia. In: Behavioural Psychotherapy; 15: 31-44.
- Katon, W.J. (1991): Panic disorder in the medical setting. Wahington D.C., American Psychiatric Press.
- Katon, W.J., P.P. Vitaliano, J. Russo, M. Jones & K. Anderson (1986): Panic disorder: epidemiology in primary care. In: Journal of Family Practice; 23: 233-239.
- Kernkamp, J.H.B. (in voorbereiding): Een beslissingsmodel bij een gedragstherapeutische behandeling van paniekstoornis met agorafobie. Academisch Proefschrift, Nijmegen.
- Keijsers, G. (1993): Prognostic factors in the behavioural treatment of anxiety disorders: Studies on treatment success and treatment failure in behaviour therapy. Academisch Proefschrift, Nijmegen.
- Keijsers, G., C.A.L. Hoogduin & C. Schaap (1992): De Therapist Client Rating Scale (TCRS): meer data over structuur en validiteit. In: Gedragstherapie; 25: 201-211.
- Keijsers, G., C. Schaap & C.A.L. Hoogduin (1990): Therapeutic relationship enhancement procedures and the socialpower model. In: H.G. Zapotoczky & T. Wenzel (eds.): The scientific dialogue: from basic research to clinical intervention. Amsterda/Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Keijsers, G., C. Schaap, C.A.L. Hoogduin & W. Peters (1991): The therapeutic relationship in the behavioural treatment of anxiety disorders. In: Behavioural Psychotherapy; 19: 359-367.
- Keijsers, L., C. Schaap, G. Keijsers & C.A.L. Hoogduin (1990): Interactiestijl, psychotherapie en persoonlijkheidsstoornis. In: C. van der Staak & C.A.L. Hoogduin (red.): Diagnostiek en behandeling van de persoonlijkheidsstoornis. Nijmegen, Bureau Beta.
- Klein, D.F. (1964): Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. In: Psychopharmacologia; 5: 397-408.

- Klosko, J.S., D.H. Barlow, R.B. Tassinari & J.A. Cerny (1990): A comparison of Alprazolam and behavior therapy in the treatment of panic disorder. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 58: 77-84.
- Korrelboom, C.W. (1992): Agorafobie en afhankelijke persoonlijkheid. Lezing op de Najaarsconferentie van de VGt, Dalfsen.
- Korrelboom, C.W. & J.H.B. Kernkamp (1993): Gedragstherapie. Basiskennis voor de praktijk van de psychotherapie. Muiderberg, Coutinho.
- Korrelboom, C.W. & J.H.B. Kernkamp (in voorbereiding): Gedragstherapie bij moeilijke patiënten. In: *Tijdschrift voor Psychotherapie*.
- Korrelboom, C.W., J.H.B. Kernkamp, C.A.L. Hoogduin & R. Severeijns (1992): Paniekmanagement en het voorspellen van outcome bij agorafobie. Een empirische verkenning. In: *Gedragstherapie*; 25: 183-201.
- Korrelboom, C.W., J.H.B. Kernkamp, C.A.L. Hoogduin & W. Arts (1993): Een zoekschema voor de diagnostiek en behandeling van agorafobie. In: *Directieve Therapie*; 13: 95-114.
- Kraemer, H.C. (1992): Coping strategies in psychiatric clinical research. In: A.E. Kazdin (ed.): *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington, D.C, American Psychological Association.
- Kraft, A., C.A.L. Hoogduin & F. Bekker (1982): Een onderzoek naar de effectiviteit van vier behandelingsmethoden bij cliënten met hyperventilatie-aanvallen; Een pilot-study. In: *Tijdschrift voor Psychotherapie*; 8: 269-279.
- Lader, M.H. & A.M. Mathews (1968): A physiological model of phobic anxiety and desensitization. In: *Behaviour Research & Therapy*; 6: 411-421.
- Lang, P.J. (1968): Fear reduction and fear behaviour: problems in treating a construct. In: J.M. Shlien (ed.): *Research in psychotherapy*. Vol. 3. Washington D.C., American Psychological Association.

- Lang, P.J. (1985): The cognitive psychophysiology of of emotion: fear and anxiety. In: A.H. Tuma & J.D. Maser (eds.): *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lange, A. (1977): Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten. In: K. van der Velden (red.): *Directieve Therapie deel 1*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1983): De interactionele probleem-oplossing vragenlijst (IPOV). Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1987a): Een multidimensionaal behandelingsmodel voor agorafobie. In: A. Lange (red.): *Strategieën in directieve therapie*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1987b): Het creëren van therapeutische kracht, een essentiële factor in psychotherapie. In: A. Lange (red.): *Strategieën in directieve therapie*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1994): *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen, Wolters-Noordhoff.
- Lange, A. & E. de Beurs (1992): Multi-dimensional family treatment of agoraphobia. In: *Journal of Family Therapy*; 3: 45-72.
- Lange, A. & R. van Dijck (1991): De functie van agorafobische klachten voor de verhouding met de partner; een onderzoeksnotitie. In: *Directieve Therapie*; 11: 167-176.
- Latimer, L. (1977): Carbon dioxide as a reciprocal inhibitor in the treatment of neurosis. In: *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*; 8: 83-85.
- Leary, T. (1957): *Interpersonal diagnosis of personality*. New York, Ronald.
- Leitenberg, H., W.S. Agras, J.A. Edwards, L.E. Thompson & J.P. Wincze (1970): Practice as a therapeutic variable: an experimental analysis within single cases. In: *Journal of Psychiatric Research*; 7: 215-225.

- Lelliot, P.T., I.M. Marks, G. McNamee & A. Tobena (1989): Onset of panic disorder with agoraphobia. In: *Archives of General Psychiatry*; 46: 1000-1005.
- Lelliot, P.T., I.M. Marks, W.O. Monteiro, F. Tsakiris & H. Noshirvani (1987): Agoraphobics 5 years after imipramine and exposure. Outcome and predictors. In: *Journal of Nervous and Mental Disorders*; 175: 599-605.
- Levis, D.J. & T.L. Boyd (1979): Symptom maintenance: an inhuman analysis and extension of the conservation of anxiety principle. In: *Journal of Abnormal Psychology*; 88: 107-120.
- Ley, R. (1988): Hyperventilation and lactate infusion in the production of panic attacks. In: *Clinical Psychological Review*; 8: 1-18.
- Liddell, A., W. Mackay, G. Dawe, B. Galutira, S. Hearn & M. Walsh-Doran (1986): Compliance as a factor in outcome with agoraphobic clients. In: *Behavior Research & Therapy*; 24: 217-220.
- Lietear, G. (1976): Nederlandstalige revisie van Barret-Lennard's Relationship Inventory voor individueel-therapeutische relaties. In: *Psychologica Belgica*; 16: 73-94.
- Little, R.J.A. (1988): Missing-data adjustments in large surveys. In: *Journal of Business and Economic Statistics*; 6: 287-296.
- Locke, E.A. (1971): Is 'behavior therapy' behavioristic? (An analysis of Wolpe's psychotherapeutic methods). In: *Psychological Bulletin*; 76: 318-327.
- Lum, L.C. (1976): The syndrome of habitual chronic hyperventilation. In: O.W. Hill (ed.): *Modern trends in psychosomatic research*. London, Butterworths.
- Lum, L.C. (1981): Hyperventilation and anxiety state. In: *Journal of the Royal Society of Medicine*; 74: 1-4.
- Mackintosh, N.J. (1983): *Conditioning and associative learning*. New York, Oxford University Press.
- Marchione, K.E., L. Michelson, M. Greenwald & C. Dancu (1987): Cognitive behavioral treatment of agoraphobia. In: *Behavior Research & Therapy*; 25: 319-328.



- Margraf, J. (1993): Hyperventilation and panic disorder: a psychophysiological connection. In: *Advances in Behavior Research & Therapy*; 15: 49-74.
- Marks, I.M. (1975): Behavioral treatments of phobic and obsessive compulsive disorders: a critical appraisal. In: M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (eds.): *Progress in behavior modification*; Vol. 1. New York, Academic Press.
- Marks, I.M. (1977): Phobias and obsessions: clinical phenomena in search of a laboratory model. In: J.D. Maser & M. Seligman (eds.): *Psychopathology: experimental models*. San Francisco, Freeman.
- Marks, I.M. (1987a): Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety and their disorders. New York, Oxford University Press.
- Marks, I.M. (1987b): Behavioral aspects of panic disorder. In: *American Journal of Psychiatry*; 144: 1160-1165.
- Marks, I.M., J. Boulougouris & P. Marset (1971): Flooding vs. desensitisation for phobic patients: a crossover study. In *British Journal of Psychiatry*; 119: 353-375.
- Marks, I.M., S. Gray, D. Cohen, R. Hill, D. Dawson, E. Ramm & R.S. Stern (1983): Imipramine and brief therapist-aided exposure in agoraphobics having self-exposure homework. In: *Archives of General Psychiatry*; 40: 153-162.
- Marks, I.M. & A.M. Mathews (1979): Brief standard self-rating for phobic patients. In: *Behaviour Research & Therapy*; 17: 59-68.
- Marks, I.M., R.P. Swinson, M. Basoglu, K. Kuch, H. Noshirvani, G. O'Sullivan, P.T. Lelliott, M. Kirby, G. McNamee, S. Sengun & K. Wickwire (1993): Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia. A controlled study in London and Toronto. In: *British Journal of Psychiatry*; 162: 776-787.
- Marshall, W.L., J. Gauthier & A. Gordon (1979): The current status of flooding therapy. In: *Progress in Behavior Modification*; Vol. 7. New York, Academic Press.
- Matarazzo, R.G. (1971): Research on the training and learning of psychotherapeutic skills. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. New York, John Wiley & Sons.

- Mathews, A.M. & P.M. Shaw (1973): Continuous exposure and emotional arousal in flooding. In: *Behaviour Research & Therapy*; 11: 587-598.
- Mathews, A.M., D.W. Johnston, P.M. Shaw & M.G. Gelder (1974): Process variables and the prediction of outcome in behaviour therapy. In: *British Journal of Psychiatry*; 124: 256-264.
- Mathews, A.M., D.W. Johnston, M. Lancashire, M. Munby, P.M. Shaw & M.G. Gelder (1976): Imaginal flooding and exposure to real phobic situations: treatment outcome with agoraphobic patients. In: *British Journal of Psychiatry*; 129: 362-371.
- Mathews, A.M., M. Gelder & D. Johnston (1981): *Agoraphobia: nature and treatment*. London, Tavistock.
- Mathews, A.M., J.D. Teasdale, M. Munby, D.W. Johnston & P.M. Shaw (1977): A home-based treatment program for agoraphobia. In: *Behavior Therapy*; 8: 915-924.
- Mavissakalian, M. (1985): Male and female agoraphobia: are they different? In: *Behaviour Research & Therapy*; 23: 469-471.
- Mavissakalian, M. & M.S. Hamann (1986): Assessment and significance of behavioral avoidance in agoraphobia. In: *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*; 8: 317-327.
- Mavissakalian, M. & L. Michelson (1986): Agoraphobia: relative and combined effectiveness of therapist-assisted in vivo exposure and imipramine. In: *Journal of Clinical Psychiatry*; 47: 117-122.
- Mavissakalian, M., L. Michelson & R.S. Dealy (1983): Pharmacological treatment of agoraphobia: imipramine versus imipramine with programmed practice. In *British Journal of Psychiatry*; 143: 348-355.
- Michelson, L.K. & K. Marchione (1991): Behavioral, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: critique and synthesis. In: *Journal of Consulting & Clinical Psychology*; 59: 100-114.

- Michelson, L.K., M. Mavissakalian & K. Marchione (1988): Cognitive, behavioral, and psychophysiological treatments of agoraphobia: a comparative outcome investigation. In: *Behavior Therapy*; 19: 97-120.
- Miettinen, O.S. (1985): *Theoretical epidemiology. Principles of occurrence research in medicine*. New York, John Wiley & Sons.
- Millon, T. & G.S. Everly, jr. (1985): *Personality and its disorders. A biosocial learning approach*. New York, John Wiley & Sons.
- Milton, F. & R.J. Hafner (1979): Outcome of behavior therapy for agoraphobia in relation to marital adjustment. In: *Archives of General Psychiatry*; 36: 807-811.
- Mineka, S. (1979): The role of fear in theories of avoidance learning, flooding and extinction. In: *Psychological Bulletin*; 86: 985-1010.
- Mineka, S. (1985): Animal models of anxiety-based disorders: their usefulness and limitations. In: A.H. Tuma & J.D. Maser (eds.): *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Moffaert, M. van, R. Spiers, W. Buylaert & J. van Brantegem (1988): Paniekstoornis als medische urgentie. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie*; 30: 644-658.
- Monteiro, W., I.M. Marks & E. Ramm (1985): Marital adjustment and treatment outcome in agoraphobia. In: *British Journal of Psychiatry*; 148: 326-329.
- Moor, W. de (1969): Reciprocal inhibition versus unreinforced response evocation in behavior therapy. *Doctoraal Proefschrift, Leuven*.
- Mowrer, O.H. (1947): On the dual nature of learning; a reinterpretation of 'conditioning' and 'problem solving'. In: *Harvard Educational Review*; 17: 102-148.
- Munby, J. & D.W. Johnston (1980): Agoraphobia: the long-term follow-up of behavioural treatment. In: *British Journal of Psychiatry*; 137: 418-427.

- Noyes, R. jr., J. Reich, J. Christiansen, M. Suelzer, B. Pfohl & W.A. Coryell (1990): Outcome of panic disorder. Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. In: *Archives of General Psychiatry*; 47: 809-819.
- Ogles, B.M., M.J. Lambert, D.G. Weight & I.R. Payne (1990): Agoraphobia outcome measurement: a review and meta-analysis. In: *Psychological assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 2: 317-325.
- Orlemans, J.W.G. (1983): *Cognitie en gedragstherapie*. In: J.W.G. Orlemans, P. Eelen & W.P. Haaijman (red.): *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Orlemans, J.W.G. (1988a): *Gedragstherapie*. In: A.P. Cassee, P.E. Boeke & C.P.F. van der Staak (red.): *Psychotherapie in Nederland*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Orlemans, J.W.G. (1988b): *Inleiding tot de gedragstherapie*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Ost, L-G. (1987a): Age of onset in different phobias. In: *Journal of Abnormal Psychology*; 96: 223-229.
- Ost, L-G. (1987b): Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. In: *Behaviour Research & Therapy*; 25: 397-409.
- Ost, L-G. & K. Hugdahl (1981): Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. In: *Behaviour Research & Therapy*; 19: 439-447.
- Ost, L-G. & K. Hugdahl (1983): Acquisition of agoraphobia, mode of onset and anxiety response patterns. In: *Behaviour Research & Therapy*; 21: 623-631.
- Prochaska, J.O. (1971): Symptom and dynamic cues in the implosive treatment of test anxiety. In: *Journal of Abnormal Psychology*; 77: 133-142.
- Rabavillas, A.D., J.D. Boulougouris & C. Perissaki (1979): Therapist qualities related to outcome with exposure in vivo in neurotic patients. In: *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*; 10: 293-294.

- Rachman, S. (1969): Treatment by prolonged exposure to high intensity stimulation. In: *Behaviour Research & Therapy*; 7: 295-302.
- Rachman, S. (1977): The conditioning theory of fear acquisition: a critical examination. In: *Behaviour Research & Therapy*; 14: 375-387.
- Rachman, S. (1983): The modification of agoraphobic avoidance behavior: some fresh possibilities. In: *Behavior Research & Therapy*; 21: 567-574.
- Rapee, R.M. (1985): A case of panic disorder treated with breathing retraining. In: *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*; 16: 63-65.
- Razran, G. (1961): The observable unconscious and the inferable conscious in current Soviet psychophysiology: interoceptive conditioning, semantic conditioning, and the orienting reflex. In: *Psychological Review*; 68: 81-150.
- Reich, J.H. (1988): DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorder. In: *American Journal of Psychiatry*; 145: 1149-1152.
- Reich, J.H., R. Noyes jr., R. Hirschfeld, W. Coryell & T. O'Gorman (1987a): State and personality in depressed and panic patients. In: *American Journal of Psychiatry*; 144: 181-187.
- Reich, J.H., R. Noyes jr. & E. Troughton (1987b): Dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. In: *American Journal of Psychiatry*; 144: 323-326.
- Rescorla, R.A. (1988): Pavlovian conditioning. It's not what you think it is. In: *American Psychologist*; 34: 151-160.
- Rescorla, R.A. & A.R. Wagner (1972): A theory of Pavlovian conditioning: variations in the effectiveness of reinforcement and nonreinforcement. In: A. Black & W.F. Prokasy (eds.): *Classical conditioning II: current research and theory*. New York, Appleton-Century-Crofts.
- Rimm, D.C., L.H. Janda, D.W. Lancaster, M. Nahl & K. Dittmar (1977): The origin and maintenance of phobias. In: *Behaviour Research & Therapy*; 15: 231-238.

- Rijken, H., C. de Ruiter, B. Garssen & F. Kraaimaat (1990): Sekse en agorafobie. In: *Gedragstherapie*; 23: 155-167.
- Ruiter, C. de (1989): Psychological investigations into panic and agoraphobia. Academisch proefschrift, Rijks Universiteit Utrecht.
- Ruiter, C. de, B. Garssen, H. Rijken & F. Kraaimaat (1987): Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised. Nederlandse vertaling. Universiteit van Utrecht, afdeling psychiatrie.
- Salkovskis, P.M., D.M. Clark & A. Hackmann (1991): Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. In: *Behavioral Research and Therapy*; 29: 161-166.
- Salkovskis, P.M., D.R.O. Jones & D.M. Clark (1986): Respiratory control in the treatment of panic attacks: Replication and extension with concurrent measurement of behaviour and pCO<sub>2</sub>. In: *British Journal of Psychiatry*; 148: 526-532.
- Saltzman, D., M.J. Luetgert, C.H. Roth, J. Creaser & L. Howard (1976): Formation of a therapeutic relationship: experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. In: *Journal of Consulting & Clinical Psychology*; 44: 546-555.
- Sanderson, W.C., R.M. Rapee & D.H. Barlow (1987): The DSM-III-R anxiety disorder categories: description and patterns of comorbidity. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston.
- Schaap, C., I. Bennun, L. Schindler & C.A.L. Hoogduin (1993): The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy. Chichester, John Wiley & Sons.
- Schaap, C. & C.A.L. Hoogduin (1988): The therapeutic relationship in behavior therapy: enhancing the quality of the bond. In: P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, F. Kraaimaat & M.J.M. van Son (eds.): *Advances in theory and practice in behaviour therapy*. Amsterdam/Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Schulte, D., R. Künzel, G. Pepping & T. Schulte-Bahrenberg (1992): Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. In: *Advances of Behaviour Research & Therapy*; 14: 67-92.

- Seligman, M.E.P. (1988): Competing theories of panic. In: S. Rachman & J.D. Maser (eds.): *Panic. Psychological perspectives*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Seligman, M.E.P. & J.A. Johnston (1973): A cognitive theory of avoidance learning. In: F.J. McGuigan & D.B. Lumsden (eds.): *Contemporary approaches to conditioning and learning*. New York, Wiley.
- Shear, M.K. & J.D. Maser (1994): Standardized assessment for panic disorder research. In: *Archives of General Psychiatry*; 51: 346-355.
- Sheehan, D.V. (1982): Panic attacks and phobias. In: *New England Journal of Medicine*; 307: 156-158.
- Sheehan, D.V. (1983): *The anxiety disease*. New York, Scribner.
- Sloane, R.B., F.R. Staples, A.H. Cristol, N.J. Yorkston & K. Whipple (1975): *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Stampfl, T.G. & D.J. Levis (1967): Essentials of implosive therapy: a learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy. In: *Journal of Abnormal Psychology*; 72: 496-503.
- Stern, R.S. & I.M. Marks (1973): Brief and prolonged flooding: a comparison in agoraphobic patients. In: *Archives of General Psychiatry*; 28: 270-276.
- Sweet, A.A. (1984): The therapeutic relationship in behavior therapy. In: *Clinical Psychology Review*; 4: 253-272.
- Teasdale, J.D., P.A. Walsh, M. Lancashire & A.M. Mathews (1977): Group exposure for agoraphobics: a replication study. In: *British Journal of Psychiatry*; 130: 186-193.
- Teasdale, J.D. (1988): Cognitive models and treatments for panic: a critical evaluation. In: S. Rachman & J.D. Maser (eds.): *Panic. Psychological perspectives*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Telch, M., W.S. Agras, C.B. Taylor, W.T. Roth & C.C. Gallen (1985): Combined pharmacological and behavioral treatment for agoraphobia. In: *Behaviour Research & Therapy*; 23: 325-336.

- Theunissen, E.J.J.M. (1987): Vestibulaire hyperreactiviteit in relatie tot het hyperventilatiesyndroom. Academisch proefschrift, Katholieke Universiteit van Nijmegen.
- Thorpe, G.L. & L.E. Burns (1983): The agoraphobic syndrome. New York, John Wiley & Sons.
- Thorpe, G.L. & J.E. Hecker (1991): Psychosocial aspects of panic disorder. In: J.R. Walker, G.R. Norton & C.A. Ross (eds.): Panic disorder and agoraphobia. A comprehensive guide for the practitioner. Pacific Grove, California, Brooks/Cole Publishing Company.
- Thyer, B.A. & J. Himle (1985): Temporal relationship between panic attack onset and phobic avoidance in agoraphobia. In: Behavior Research & Therapy; 23: 607-608.
- Truax, C.B. & R.R. Carkhuff (1967): Toward effective counseling and psychotherapy: Training and Practice. Chicago, Aldine.
- Van den Bergh, O., P. Eelen, G. Crombez & F. Bayens (1989): Blootstelling en habituatie. In: Gedragstherapie; 22: 3-23.
- Vandereycken, W. (1984): Agorafobie en huwelijksrelatie. In: Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose; 4: 327-358.
- Velden, K. van der (1989): Inleiding: ontwikkelingen in de directieve therapie. In: K. van der Velden (red.): directieve therapie deel 3. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der & R. van Dijk (1977): Wat is directieve therapie? In: K. van der Velden (red.): Directieve Therapie deel 1. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Watson, J.B. (1919): Psychology from the standpoint of a behaviorist (second edition: 1924). Philadelphia, Lippincott.
- Watson, J.P., C.E. Mullet & H. Pillay (1973): The effects of prolonged exposure to phobic situations upon agoraphobic patients treated in groups. In: Behaviour Research & Therapy; 11: 531-545.
- Watts, F.N. (1979): Habituation model of systematic desensitization. In: Psychological Bulletin; 86: 627-637.



- Weissman, M.M. (1985): The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks and familial patterns. In: A.H. Tuma & J.D. Maser (eds.): *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Weissman, M.M., J.S. Markowitz, R. Ouelette, S. Greenwald & J.P. Kahn (1990): Panic disorder and cardiovascular/cerebrovascular problems: results from a community survey. In: *American Journal of Psychiatry*; 147: 1504-1508.
- Williams, K.E. & D.L. Chambless (1990): The relationship between therapist characteristics and outcome of in vivo exposure treatment for agoraphobia. In: *Behavior Therapy*; 21: 111-116.
- Williams, S.L. (1985): On the nature and measurement of agoraphobia. In: M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (eds.): *Progress in Behavior Modification*; 19: 109-145, Newbury Park, Sage.
- Wittchen, H-U & C.A. Essau (1991): The epidemiology of panic attacks, panic disorder and agoraphobia. In: J.R. Walker, G.R. Norton & C.A. Ross (eds.): *Panic disorder and agoraphobia. A comprehensive guide for the practitioner*. Pacific Grove, California, Brooks/Cole Publishing Company.
- Wolpe, J. (1958): *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1963): Quantitative relationships in the systematic desensitization of phobias. In: *American Journal of Psychiatry*; 119: 1062-1068.
- Woudstra, S., A.W.H. Mulders & C.H.L. Klaassen (1985): Hyperventilatie en verlengd QT-interval. In: *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*; 129: 2210-2213.
- Zitrin, C.M., D.F. Klein & M. Woerner (1980): Treatment of agoraphobia with group exposure in vivo and imipramine. In: *Archives of General Psychiatry*; 37: 63-72.
- Zuuren, van F.J. (1989): Fobieën: definitie, symptomen en classificatie. In: J.W.G. Orlemans, P. Eelen & W.P. Haaijman (red.): *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer, Van Loghum Slaterus.



# CURRICULUM VITAE

C.W. Korrelboom (Kees) werd in 1951 geboren in Amsterdam. Het diploma gymnasium alpha behaalde hij in 1971. In 1980 rondde hij zijn studie psychologie af aan de Universiteit van Amsterdam. De hoofdrichting was persoonlijkheidsleer. Gedurende zijn verdere gedragstherapeutische scholing, werkte hij tussen 1982 en 1985 op het Boddart-centrum (één van de Boddart-centra in Nederland) in Apeldoorn. In 1985 kwam hij als gedragstherapeut te werken op Riagg Westhage in Den Haag, waar hij nog steeds werkzaam is.

Kees Korrelboom werd in 1982 lid van de Vereniging van Gedragstherapie en is sinds 1985 supervisor. In 1987 volgde de registratie in het Overheidsregister voor Psychotherapeuten. Hij was bestuurslid van de VGt tussen 1991 en 1994. Vanaf 1991 is hij tevens lid van de Opleidingscommissie van deze vereniging. In 1994 werd hij voorzitter van de OC. Sedert 1987 is hij hoofddocent gedragstherapie voor de regio Randstad-Midden van de Centrale Rino Groep.

## *Publicaties*

Kernkamp, J.H.B. & C.W. Korrelboom (1986): De leertheoretische stroming. In: F. Boeckhorst, Th. Compennolle, J. Hendrickx en A. van der Pas (red.): Handboek voor Gezinstherapie. Deventer, Van Loghum Slaterus.

Kernkamp, J.H.B. & C.W. Korrelboom (1987): Gezinstaxatie en gedragsveranderende gezinstherapie bij lees- en spellingsproblemen. In: F. Boeckhorst, Th. Compennolle, J. Hendrickx en A. van der Pas (red.): Handboek voor Gezinstherapie. Deventer, Van Loghum Slaterus.

Kernkamp, J.H.B. & C.W. Korrelboom (1987): Gezinstaxatie bij lees- en spellingsproblemen. In: Gedragstherapie; 18: 291-303.

Korrelboom, C.W. (1984): Vechten met de duivel. Directieve interventies bij de behandeling van een psychotische man. In: Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose; 4: 298-308.

Korrelboom, C.W. (1986): Een voorbarig besluit. Over de risico's van radicale oplossingen. In: Directieve Therapie; 6: 214-223.

- Korrelboom, C.W. (1989): Vechten met de duivel. Directieve interventies bij de behandeling van een psychotische man. In: K. van der Velden (red.): Directieve Therapie deel 3. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Korrelboom, C.W. & A. van Dijk (1991): Over paradoxale interventies. In: Tijdschrift voor Psychotherapie; 17: 85-100.
- Korrelboom, C.W. & J.H.B. Kernkamp (1985): Invloed van de leertheorie. In: F. Boeckhorst, Th. Compennolle, J. Hendrickx en A. van der Pas (red.), Handboek voor Gezinstherapie. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Korrelboom, C.W. & J.H.B. Kernkamp (1988): Zelfcontrole-procedures bij een vrouw met functionele enuresis. In: Gedragstherapie; 21: 57-66.
- Korrelboom, C.W. & J.H.B. Kernkamp (1988): Baas in eigen broek. Een paradoxale benadering van een broekplasser. In: Kind en Adolescent; 9: 215-222.
- Korrelboom, C.W. & J.H.B. Kernkamp (1988): Angst voor ernstige ziektes en de rol van de arts. In: Metamedica; 67: 385-397.
- Korrelboom, C.W. & J.H.B. Kernkamp (1993): Gedragstherapie. Basiskennis voor de praktijk van de psychotherapie. Muiderberg, Coutinho.
- Korrelboom, C.W., J.H.B. Kernkamp, C.A.L. Hoogduin & W. Arts (1993): Een zoekschema voor de diagnostiek en behandeling van agorafobie. In: Directieve Therapie; 13: 95-114.
- Korrelboom, C.W., J.H.B. Kernkamp, C.A.L. Hoogduin & R. Severeijns (1992): Paniekmanagement en het voorspellen van outcome bij agorafobie. Een empirische verkenning. In: Gedragstherapie; 25: 183-201.

### *Lezingen en workshops*

- Kernkamp, J.H.B. & C.W. Korrelboom (1988): Zelfcontroleprocedures bij agressie. Workshop Najaarsconferentie VGt, Woudschoten.
- Kernkamp, J.H.B. & C.W. Korrelboom (1990): Paniekstoornis met agorafobie. Workshop Rino Noord-Holland, Amsterdam.

- Kernkamp, J.H.B. & C.W. Korrelboom (1990): Prognostic factors in panic disorder with agoraphobia. Lezing EABT congres, Parijs.
- Korrelboom, C.W. (1990): De toepassing van interventies uit de directe therapie. Workshop studentenpsychologen, Amsterdam.
- Korrelboom, C.W. (1992): Agorafobie en afhankelijke persoonlijkheid. Lezing Najaarsconferentie VGt, Dalfsen.
- Korrelboom, C.W. (1993): Waarom zoekschema's. Lezing Najaarsconferentie VGt, Dalfsen.
- Korrelboom, C.W. (1994): De protocollaire behandeling van paniekstoornis met agorafobie. Lezing NIP-symposium 'Protocollen, keurslijf of maatpak?', Amersfoort.
- Korrelboom, C.W. & J.H.B. Kernkamp (1988): Zelfcontroles bij hypochondrie. Workshop Najaarsconferentie VGt, Woudschoten.
- Korrelboom, C.W. & J.H.B. Kernkamp (1989): Panic and UCS-revaluation. Lezing 'First European Congress of Psychology', Amsterdam.
- Korrelboom, C.W. & J.H.B. Kernkamp (1990): Cognitive representations in panic disorder with agoraphobia. Lezing EABT congres, Parijs.
- Korrelboom, C.W. & J.H.B. Kernkamp (1990): A trauma model in behaviour therapy. Some theoretical and practical considerations. Lezing 'William James 1990 principles congress', Amsterdam.





